

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE ROSARIO,
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS,
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Aplicación de la técnica de venoclisis, según antigüedad en la profesión, relacionado con la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes que se encuentran internados en la sala general de un Hospital de dependencia provincial de la ciudad de Cañada de Gómez durante el primer bimestre del año 2024.

Enfermera: Triscari Vanesa

Taller De Investigación 5to Año

Directora: Lic. Lardone González, María José

Docentes Asesores: Prof. Mag. Nores Rosana; Prof. Mag. Pippino Mónica

Rosario, 23 de octubre

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Taller de Investigación

Agradecimientos

Quisiera dedicar este trabajo a mi esposo e hijos quienes estuvieron alentando en todo momento, mi mamá, hermanas, suegros, cuñada/os y sobrinos que siempre me sostuvieron.

Me gustaría expresar mi gratitud a mi Directora de Tesina, por su apoyo incondicional e incentivar me a continuar, a las docentes asesoras por brindarme una sólida base sobre investigación y temas que se incluyen.

Amigas que están cerca y lejos por animarme siempre.

Dar las gracias a la Dirección, Jefatura, Compañeros de mi tan amado Hospital y revisores anónimos de este trabajo de investigación por sus constructivos comentarios.

Por último, pero no menos importante, a Dios.

Resumen

La Técnica de venoclisis o Colocación de Catéter venoso periférico, es un procedimiento que se realiza en la rutina de la práctica enfermera, es por ello que al realizarlo se debe pensar en brindar cuidados integrales, con el fin de evitar las complicaciones que están asociadas a esta práctica.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre la Aplicación de la técnica de venoclisis, según antigüedad en la profesión, y la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes que se encuentran internados en la sala general de un Hospital de dependencia provincial de la ciudad de Cañada de Gómez durante el primer bimestre del año 2024.

El estudio será cuantitativo, no experimental, descriptivo de corte transversal y prospectivo. La población estará compuesta por la dotación total de enfermería y una muestra no probabilística accidental de 400 pacientes adultos jóvenes. La recolección de datos se realizará a través de la observación utilizando una lista de cotejo que medirá la aplicación de la técnica de venoclisis y la escala visual de Maddox que mide la aparición de flebitis. Los resultados serán tabulados en una matriz de datos. Se aplicará análisis Univariado, bivariado y multivariado a través de la estadística descriptiva para la que se utilizarán a la frecuencia relativa y absoluta. Mientras que de la estadística inferencial se utilizará a la prueba no paramétrica de Chi-Cuadrado con el fin de poner a prueba las hipótesis de estudio.

Palabras claves: aplicación de la técnica de venoclisis, antigüedad en la profesión, aparición de flebitis.

Índice general

Agradecimientos	2
Resumen	3
Índice general	4
Introducción	6
Justificación y planteamiento del problema en estudio.....	16
Formulación del problema	16
Hipótesis.....	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	17
Marco Teórico	18
Material y Métodos	37
Tipo de Estudio	37
Sitio o Contexto.....	37
Población y Muestra.....	39
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	40
Personal a cargo de la recolección de datos	41
Plan de Análisis.....	42
Consideraciones Bioéticas	43
Cronograma de actividades	44
ANEXO I	48
Aval institucional	48
ANEXO II	49
Operacionalización de las variables	49

Instrumento de recolección de datos	52
Consentimiento informado para personal de enfermería	54
Consentimiento informado para el paciente.....	55
ANEXO III.....	57
Técnica de Acceso Venoso Periférico. Gomis, D. &. (2020) págs. 356-358.....	57

Introducción

La Enfermería es una disciplina consolidada debido a que posee un cuerpo de conocimientos propios, con un objeto y método de estudio propio. Y su desarrollo responde al método científico.

Para entender qué es Enfermería, los valores que orientan la profesión y la naturaleza de sus fundamentos para la práctica, se requiere un amplio ámbito de conocimiento que deriva de miradas humanísticas y científicas. Su cuerpo de conocimientos sirve de fundamento para la práctica ya que poseen patrones, formas y estructuras esenciales para la enseñanza y aprendizaje. De esta forma, Enfermería es una profesión que no solo se dedica a la asistencia, sino que también coopera para que las personas y la sociedad logren conseguir, recuperar y conservar la salud.

Desde esta perspectiva se puede decir que la esencia de esta disciplina es el *cuidado* humano, y no es una simple emoción, actitud o preocupación, sino que es una idea moral en donde el fin es la protección y preservación de la dignidad humana, por lo tanto, implica valores, conocimientos y compromiso.

La Enfermería como profesión, acepta la responsabilidad que implica la toma de decisiones y acciones que protejan la salud de los individuos y el cuidado de enfermos. Esto obliga a que sea una disciplina competente que exija la actualización continua de conocimientos, relacionados a la aparición de nuevas tecnologías que fortalecerán y prolongarán la calidad de vida.

El presente trabajo de investigación trata sobre la aplicación de la técnica de venoclisis según la antigüedad en la profesión relacionada con la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes que se encuentran internados en la sala general de un Hospital de dependencia provincial de la ciudad de Cañada de Gómez.

Para la realización de este Proyecto se realizó una exhaustiva exploración bibliográfica, se incluyeron ocho artículos científicos publicados desde el año 2019 en adelante, de diferentes idiomas En ellos se reconocieron aspectos, conceptos de las variables que están involucradas en el tema, la cual derivó de un balance de hallazgos sobre el tema en cuestión que se proporcionarán a continuación.

La técnica de venoclisis es una de las más utilizadas y representa gran parte del trabajo de Enfermería, por lo cual se deben priorizar los cuidados destinados a la prevención o identificación de complicaciones, siendo la flebitis la más frecuente

Simões AMN y otros (2020) realizaron en São Paulo, Brasil un estudio con el fin de identificar los factores de riesgo de flebitis relacionada al uso de catéteres intravenosos periféricos en pacientes adultos. Realizaron un análisis *post hoc* de un ensayo clínico aleatorizado, con un total de 1.319 pacientes. Se investigaron variables demográficas y clínicas relacionadas con la terapia y la flebitis. Para el análisis de los datos se calcularon frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, y se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher, con regresión logística, curva ROC y cálculo de Odds Ratio (intervalo de confianza del 95%; nivel de significancia del 5%) siendo implementado.

En cuanto a los resultados de dicho estudio se obtuvo que, de los 1.319 participantes, 80 desarrollaron flebitis. Las cuales se asociaron con la aparición de flebitis: movilidad reducida, antecedentes familiares de trombosis venosa profunda, cateterismo de venas en el dorso de la mano, dolor, amoxicilina-clavulanato de potasio y omeprazol sódico.

Como conclusión se puede decir, que los factores de riesgo de flebitis que se identificaron fueron intrínsecos y extrínsecos al paciente, por ello es que se indican medidas preventivas de enfermería como promover la movilidad del paciente, no realizar el cateterismo de las venas en el arco dorsal de la mano y en cuanto a la infusión de medicamentos de alto riesgo que sea cuidadosa y evaluando constantemente si el paciente refiere dolor.

Según la literatura revisada, se estima que desde un 60% 70% de los pacientes hospitalizados, poseen un acceso venoso periférico. A pesar de esto este procedimiento está relacionado a complicaciones graves, una de ellas es la flebitis. Dentro de ese porcentaje se encuentran pacientes con un grado de vulnerabilidad aún mayor que lo normal, debido a su patología, ejemplo de esto son los pacientes oncológicos.

Un estudio realizado por Mendoza M. y otros (2020) tiene como finalidad identificar los factores mecánicos y químicos presentes en pacientes oncológicos con flebitis, hospitalizados en un establecimiento público de alta complejidad, Lima-Perú; intenta describir las técnicas invasivas más frecuentes practicadas en los procesos de hospitalización y las tendencias de los últimos 5 años. Su enfoque es cuantitativo, observacional, retrospectivo, la población estudiada fue de un total de 295.151 (del 2016- 2020), de los que 298 pacientes oncológicos que tuvieron flebitis, sólo 282 contaron con registros completos valorados por las enfermeras oncólogas según Escala de Maddox que consta de 16 ítems que miden factores mecánicos y químicos. El instrumento fue validado por expertos obteniéndose una validez binomial de 0,7 y una confiabilidad KR 20 de 0,8.

El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva, prueba binomial y Chi cuadrado. Como resultado se destaca que la mayor incidencia está en los grados de flebitis II, III y I. Respecto al factor mecánico, se evidencia que el material no estéril, el lugar de inserción del catéter en zona Cubital, Radial y Cefálica y el tiempo de permanencia menor de 72 h se presentan con mayor frecuencia. El factor químico está asociado al uso de antibióticos como Vancomicina y la combinación de Meropenem/ Vancomicina, al uso de agentes citostáticos vesicantes-no vesicantes, así también el analgésico Ketoprofeno seguido con la combinación del Ketoprofeno con Tramadol y al uso de la Ranitidina como protector antiulceroso.

A partir de esto se puede decir que la escala de Maddox empleada resulta indispensable para la detección precoz de los signos de flebitis.

Por otro lado en un Hospital de cuidados secundarios de La Habana, González- Valdéz (2019) investigó el uso de catéteres venosos periféricos y prevalencia de flebitis, su propósito fue describir la prevalencia de flebitis para el cual se realizaron estudios de prevalencia puntual semanalmente en 14 salas de pacientes hospitalizados, en el lapso de dos meses (desde el 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019) se llevaron a cabo 11 prevalencias puntuales, se evaluaron 2,282 pacientes y 1,087 pacientes tenían catéteres venosos periféricos.

Los resultados indicaron que el uso de catéter venoso periférico fue más intenso en salas clínicas en comparación con salas de cuidados críticos y salas quirúrgicas. La prevalencia de flebitis fue del 3.2, 5.6 y 6.5% en salas de cirugía, cuidados críticos y clínicas, respectivamente. El enrojecimiento (100%), edema (84.5%) y dolor (60%) fueron los signos más frecuentes de flebitis. No se observó pacientes con drenaje purulento proveniente del sitio de flebitis.

Este estudio indica que, en los Centros de Salud Cubanos, no hay personal idóneo de enfermería que se dedique a la inserción del catéter venoso periférico, esta sería una de las razones por la cual se destaca la frecuencia de flebitis y el uso excesivo de catéteres venosos periféricos.

Enfermería no solo posee responsabilidad a la hora de aplicar la técnica de venoclisis, sino que también tiene a su cargo el seguimiento y evolución de las respuestas del paciente.

Con el fin de evaluar al personal de enfermería en el procedimiento de la terapia endovenosa en pacientes de urgencias de un hospital de segundo nivel de atención, Saavedra y otros (2019), realizaron una investigación descriptiva, observacional y transversal, con una muestra de 20 enfermeras del servicio de urgencias adulto, con un nivel académico de Licenciatura en Enfermería y Enfermera general. Utilizaron un instrumento de 22 ítems, elaborado bajo el

enfoque del Modelo de Atención a la Salud de Avedis Donabedian, el cual evaluó el procedimiento de la terapia endovenosa, confeccionado por rayón, Esteves, Basset y Sánchez en el 2015. El cual evalúa la calidad en base al atributo de «Estructura, proceso, resultado». Tiene una escala tipo Likert, valorando el procedimiento de instalación de la venoclisis en base a atributos de Estructura (1, 2, 3), Proceso (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19) y Resultado (20, 21). Para el análisis de los resultados del proyecto, se utilizará el programa estadístico SPSS. Para la presentación de los resultados se utilizó cuadros y gráficas.

Este estudio arrojó como resultado que, en el procedimiento de instalación de la terapia endovenosa periférica, se recolectó un total de 20 observaciones directas del personal de enfermería. El sexo predominante fue el femenino con 60%, en comparación con el sexo masculino que sólo fue el 40%; la edad más frecuente oscila entre los 38 a 42 años con un 65%, el nivel académico con mayor presencia es el de licenciado en enfermería (85%). De acuerdo a los ítems de estructura se obtuvo un 100%, logrando una eficiencia excelente. En el rubro de proceso se obtuvo un 80%, logrando una eficiencia regular o parcial, del procedimiento. Los ítems de resultados se lograron un 50%, siendo no eficiente en el cumplimiento. El índice de eficiencia global, fue del 80%, logrando una eficiencia de cumplimiento Regular o parcial.

Como conclusión se puede decir que existen factores de riesgo vinculados con la aparición de flebitis en el paciente tales como patologías relacionadas y factores propios de la medicación.

No obstante, para que instalación de la terapia venosa periférica resulte, intervienen diversos factores, así como: la edad con la que cuente el personal de enfermería; la antigüedad en el servicio; contar con un área adecuadamente iluminada; la elección del calibre de los catéteres y su localización; higiene de manos, correcta fijación; habilidad en la técnica; nivel de conocimiento; el tiempo empleado para realizar el procedimiento y los medios disponibles.

Es por ello que es necesario seguir incentivando la cultura del cuidado, poniendo en práctica protocolos relacionados con la inserción, mantenimiento y cuidado del catéter venoso periférico, del mismo modo hacer hincapié en la importancia de los registros de enfermería.

Por tal motivo la educación permanente de Enfermería es relevante, ya que permite no solo reflexionar sobre las prácticas que se llevan a cabo diariamente, muchas veces de forma rutinaria, sino que también facilita la innovación de conocimientos que favorecen la calidad de cuidado al paciente y entorno.

De Almeida y otros (2020) realizaron un trabajo investigativo a fin de evaluar la eficacia de una intervención educativa basada en la evidencia para prevenir las complicaciones del catéter venoso periférico. El estudio fue observacional con intervención educativa para los profesionales de enfermería de un hospital de Minas Gerais, Brasil, sobre las técnicas de lavado, empuje-pausa y bloqueo. Se llevaron a cabo dos estudios observacionales independientes, con la observación de dos grupos en momentos diferentes. Las cohortes fueron intercaladas por una intervención educativa dirigida a los profesionales de enfermería, responsables del manejo de los catéteres venosos periféricos.

El estudio fue desarrollado en un servicio de clínica médica (27 camas) de un hospital Universitario (114 camas) en Minas Gerais - Brasil, que atiende pacientes de alta complejidad, para tratamientos clínicos y quirúrgicos.

Se adoptó un muestreo de conveniencia y la recogida de datos se realizó durante 30 días consecutivos. La muestra de la primera parte del estudio -grupo pre-intervención estuvo compuesta por 75 pacientes adultos (del 20 de noviembre al 20 de diciembre de 2018) y la segunda etapa - grupo post-intervención por 98 pacientes (del 2 al 31 de enero de 2020). El período de recogida de datos de la segunda etapa se eligió por conveniencia de los investigadores, teniendo en cuenta el tiempo necesario para evaluar si los profesionales habían incorporado la intervención educativa en las prácticas de enfermería.

Los criterios de inclusión para los grupos pre y post-intervención fueron: pacientes de edad ≥ 18 años; que utilizaran un catéter venoso periférico corto; del tipo de aguja; y para la administración de fármacos intravenosos y productos sanguíneos. Los pacientes con catéter venoso central fueron excluidos en ambos grupos.

Los pacientes fueron incluidos en el estudio a partir de la inserción del primer catéter en el servicio de medicina clínica y fueron seguidos hasta el desenlace de la hospitalización (alta, muerte o transferencia) en ambos grupos.

Los datos del grupo pre y post-intervención se registraron en un instrumento específico, adaptado para los objetivos de este estudio, que contenía la edad de los pacientes (años), la duración de la hospitalización y las variables relacionadas con el catéter venoso periférico, como el calibre, el lugar de inserción, la duración de la estancia del catéter (horas) y las complicaciones, como: flebitis, flebitis post-remoción, infiltración, obstrucción y retirada accidental del catéter.

Con base en el análisis de los resultados del estudio pre-intervención, se diseñó una intervención educativa que siguió un protocolo elaborado por los autores con base en una revisión bibliográfica, y que fue aprobado por la coordinación de enfermería de la institución.

La intervención educativa se realizó en dos etapas: 1) a tres meses de la toma de datos en el grupo de pre-intervención (marzo y abril/2019) y 2) con la realización de la simulación clínica de baja fidelidad.

La primera etapa consistió en una charla expositiva con la participación de 78 enfermeros. Con énfasis en los resultados de las variables estudiadas en el grupo pre-intervención y en los factores de riesgo y cuidados para prevenir las complicaciones evidenciadas en el estudio, que fueron discutidos a la luz de la evidencia científica.

Durante la segunda etapa se realizó una simulación clínica de baja fidelidad sobre la aplicación efectiva de las técnicas de lavado, empuje-pausa y bloqueo.

En cuanto al análisis de datos, se utilizaron estadísticas descriptivas. La incidencia de complicaciones y la comparación se evaluaron mediante los test de Chi-cuadrado y exacto de Fisher.

Los resultados mostraron que la incidencia de complicaciones en el grupo posterior a la intervención fue del 4,5% para la obstrucción, del 10,8% para la extracción accidental y del 1,9% para la flebitis. El uso de las técnicas de enjuague, empuje-pausa y bloqueo dio lugar a una reducción significativa de la incidencia de la obstrucción.

Esto quiere decir que, al interceder con estrategias educativas, la aplicación de la técnica que el personal de enfermería implementó, mejoraron las prácticas y los resultados en salud ya que brindó no solo la adquisición de nuevos conocimientos, sino que también la planificación de intervenciones de Enfermería para evitar complicaciones relacionadas a la colocación y permanencia del catéter venosos periférico evitando posibles riesgos potenciales en los pacientes.

Con el propósito de eludir complicaciones que pueden comprometer la seguridad del paciente, en España la Agencia de medicamentos y productos sanitarios, junto con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2019, publicaron un programa de Prevención de complicaciones relacionadas con accesos vasculares de inserción periférica, denominado “Flebitis Zero”. Este es un programa que contempla un paquete de medidas que aplicadas de forma conjunta permiten reducir las tasas de flebitis y bacteriemia relacionadas con el catéter venoso periférico. (Ortega, 2019)

Por su parte el “Estudio experimental aleatorizado para la evaluación de la efectividad del proyecto Flebitis Zero en Navarra” de Ferraz-Torres (2021), tuvo como objetivo comparar la frecuencia de flebitis previa y tras la implantación del proyecto Flebitis Zero, para conocer la efectividad del mismo y los factores relacionados con dicha complicación.

En este estudio aleatorizado de comparación pre-post intervención (proyecto Flebitis Zero) realizado en el Hospital Universitario de Navarra (Pamplona, España) entre 2015 y 2019, la intervención consistió en la formación del personal y en la implementación de medidas que permitan disminuir la incidencia de complicaciones de los catéteres venosos periféricos. El grupo control (GC) se seleccionó antes de la puesta en marcha del proyecto Flebitis Zero, y el grupo intervención (GI) a lo largo de los cinco años posteriores.

Según los autores en este proyecto Flebitis Zero participan 65 centros distribuidos por todo el territorio nacional, que anualmente monitorizan durante 15 días consecutivos los CVP atendiendo a idéntica metodología de recogida de datos, análisis y herramienta formativa. Cuenta con un equipo experto en accesos vasculares responsable de realizar las sesiones formativas on-line específicas sobre este conjunto de medidas para todos los profesionales de las unidades participantes, así como la realización de talleres presenciales para resolución de dudas relacionadas con la recogida de datos posterior a la formación.

Se incluyeron todos los pacientes mayores de edad hospitalizados durante el periodo de estudio en las unidades seleccionadas. Se excluyeron los pacientes con CVP insertados antes del período de estudio o fuera de las unidades del estudio, así como los pacientes que cumplían los criterios de selección pero que sufrieron algún tipo de traslado a otro servicio o centro durante el periodo de estudio.

Se recogieron variables del paciente: sexo, edad, diagnóstico médico, presencia de antecedentes personales y variables relacionadas con el catéter venoso periférico: tipo de higiene de manos del personal sanitario (antiséptico, jabón neutro, solución alcohólica, sin higiene), higiene previa de la piel (clorhexidina alcohólica al 2%, alcohol de 70º, povidona yodada, sin antiséptico), fecha, hora, localización anatómica del catéter (mano-muñeca, antebrazo, flexura), tipos de catéter (18G, 20G, 22G, 24G), apósito (totalmente reforzado, parcialmente reforzado, sin refuerzo), accesorios de fijación (tiras próximas, alejadas, sin tiras) y antiséptico empleado en la higiene del dispositivo. También se registró la fecha y motivo de retirada del catéter venoso periférico: por finalización del tratamiento, por alta del paciente o por complicación (flebitis:

presencia de la tétada inflamatoria en la vena utilizada; extravasación: infiltración al tejido celular subcutáneo de la sustancia instilada a través del catéter; obstrucción: oclusión total o parcial del vaso sanguíneo por un coágulo de sangre; salida accidental).

Asimismo, se recogió el tipo de flebitis: mecánica (producida por el contacto constante del catéter sobre las capas de la túnica íntima), química (consecuencia del tipo y forma de administración de la medicación) e infecciosa (respuesta inflamatoria por la colonización bacteriana del interior de la vena). Para estratificar objetivamente el nivel de flebitis se utilizó la escala de valoración visual Maddox.

Se incluyeron 656 pacientes, 96 en el GC (14,6%) y 569 en el GI. En el GI se observó menor frecuencia de complicaciones, especialmente salida accidental del dispositivo, y de flebitis. La intervención y el uso de apósitos totalmente reforzados se asociaron a la no aparición de flebitis. La instauración del proyecto Flebitis Zero fue un factor protector de flebitis.

Este estudio proporcionó evidencia que permite comprender la importancia de la formación que aporta el proyecto Flebitis Zero a la formación de enfermería, medidas que mejoran la práctica y reducen la tasa de complicaciones relacionadas con los catéteres venosos periféricos, dando como resultado el refuerzo de la calidad del cuidado. Cabe destacar, nuevamente, la importancia del uso de escalas para el estadiaje de flebitis como lo es la Escala visual de Maddox, puesto que facilita el diagnóstico precoz y dinámico de dicha patología.

Persiguiendo los objetivos de brindar calidad en los cuidados, específicamente en la correcta implementación de la técnica de colocación de un catéter venoso periférico, surge otro programa de acceso vascular especializado en estandarizar los procesos y procedimientos para la selección, inserción y cuidado de dichos dispositivos.

La “Evaluación de indicadores de un Programa de Dispositivos de Acceso Vascular liderado por profesionales de enfermería en un hospital universitario de alta complejidad en Colombia” por Cortés 2019, es un estudio cuya finalidad es evaluar los indicadores de resultado del programa especializado de accesos vasculares liderado por enfermería durante el periodo comprendido entre enero 1ro de 2018 –diciembre 31 de 2019 en la Fundación Cardio infantil - Instituto de Cardiología en Colombia.

Es un estudio descriptivo retrospectivo, con base en historias clínicas de 1210 pacientes que recibieron la inserción de dispositivos de acceso vascular por el grupo especializado de enfermeras. Se describen indicadores de resultado.

El análisis fue de tipo descriptivo. Las variables continuas se informaron mediante medias o medianas. Las variables discretas se describieron en términos de recuentos (porcentajes). Los tipos de catéteres observados fueron catéter central de inserción periférica; catéteres venosos periféricos; catéter de línea media y catéter de línea media arterial.

Como resultados, del total de pacientes que recibieron la inserción de un catéter vía acceso vascular, el 53.1% fueron mujeres, con edad promedio de 34.2 años, admitidos en servicios de cuidado crítico con problemas cardiovasculares y sepsis (90.2%). La colocación del catéter central de inserción periférica, de línea media y arterial fue eco-guiada entre el 91-100%, con una tasa de éxito a la primera punción del 66%. El tiempo promedio de duración del catéter central de inserción periférica fue de 25.3 días, la del catéter de línea media fue de 8 días, con un alcance del 57% hasta el final del tratamiento. La tasa observada por días-catéter de flebitis global fue de 2.03, para hemocultivo positivo del dispositivo central de inserción periférica fue de 1.9 y trombosis de 0.50; y trombosis de la línea arterial fue de 11.7. Según los autores un equipo especializado en Dispositivos de Acceso Vascular está conformado por un grupo de profesionales de la salud con conocimientos avanzados basados en Guías de Práctica Clínica conjugadas con habilidades en la evaluación, inserción, cuidado y manejo de estos dispositivos, como el personal de Enfermería médicos y terapeutas.

La colocación de los catéteres venosos periféricos requiere de protocolos de seguridad y deben ser puestos en prácticas por personal apto con el fin de reducir el dolor y estrés de dicho procedimiento.

Del mismo modo los autores hacen mención en su estudio sobre el uso de herramientas de valoración del sitio de inserción, como la ecografía, han facilitado el éxito en el primer intento de inserción. Esto es importante debido a que el fracaso durante el primer intento de inserción genera complicaciones como lo son las lesiones cutáneas, dolor e incertidumbre en pacientes y familiares.

A la conclusión que se arriba es la importancia del rol de Enfermería en la participación de Dispositivos de Acceso Vascular, ya que, como se dijo anteriormente, es una disciplina calificada con un cuerpo de conocimientos teóricos-prácticos que permiten la autonomía en decisiones que se vinculan al cuidado. Por otro lado, la implementación de tecnologías duras avanzadas, como es la inserción de catéteres venosos periféricos bajo guía ecográfica, facilitan estos procedimientos específicos, mitigando el dolor, estrés, incertidumbre y las probabilidades de infecciones y complicaciones asociadas a múltiples intentos de inserciones de estos catéteres.

Para ello es necesario que Enfermería no solo se capacite continuamente en prácticas y habilidades que comprenden las técnicas, sino también en la implementación de nuevas tecnologías que propicien mejorar la seguridad y calidad del cuidado, considerando al personal de enfermería como agentes y facilitadores de cambio.

Otra investigación que refuerza el rol de Enfermería en el manejo de los dispositivos de acceso vascular, es la realizada por Pol- Castañeda en las Islas Baleares (España) durante el periodo del 2018-2019. Este trabajo investigativo se titula “Impacto de las enfermeras de práctica avanzada en unidades hospitalarias en el cumplimiento de las guías de práctica clínica: un estudio cuasiexperimental”. Su finalidad es determinar el impacto de la incorporación de las Enfermeras de Hospitalización de Práctica Avanzada en los indicadores clínicos de los pacientes hospitalizados y en el nivel de adherencia del equipo de enfermería a las recomendaciones derivadas de dos Guías de Práctica Clínica, y así la implementación de la evidencia basada en la investigación.

Es un estudio cuasiexperimental en cinco unidades hospitalarias de intervención (UI) y cinco de control (UC) de tres hospitales de España (período 2018-19). Se incorporaron a IU cinco enfermeras de práctica avanzada, con la intención de que se produjeran cambios actitudinales y se potenciarán las habilidades y conocimientos del equipo de enfermería respecto de 18 recomendaciones de práctica clínica. En este estudio se evaluaron 41 indicadores mediante la observación directa de todos los pacientes ingresados, en intervalos mensuales durante 1 año. Los resultados se evaluaron mediante un análisis descriptivo de regresión multi-línea y de asociación.

La población de estudio estuvo compuesta por 3.742 pacientes hospitalizados admitidos para evaluación de úlceras por presión y 2.631 equipados con dispositivos de acceso vascular. Al final del período de estudio, todas las variables habían mejorado en la UI, donde el cumplimiento promedio de las recomendaciones fue estadísticamente significativamente mayor. La prevalencia de lesiones por presión y eventos adversos relacionados con el catéter disminuyó de manera estadísticamente significativa en la UI en comparación con la CU.

Se llega a la conclusión de que la incorporación de Enfermeras de Hospitalización de Práctica Avanzada a servicios de un hospital, enriquece el clima organizacional, provocando cambios actitudinales en cuanto a habilidades, destrezas y conocimientos, mejorando los resultados del sistema de salud y reduciendo los costos de atención médica.

Justificación y planteamiento del problema en estudio

En concordancia a lo que se ha desarrollado se plantea como propósito de este trabajo de investigación entregará las autoridades del nosocomio los resultados obtenidos con el fin de generar espacios de educación permanente destinados a los enfermeros del servicio de la Sala General del Hospital de dependencia Provincial de la Ciudad de Cañada de Gómez; utilizando como estrategia pedagógica la simulación que permitirá no sólo el abordaje práctico de la Aplicación de la técnica de venoclisis sino también la actualización de los contenidos teóricos sobre la administración de fármacos, la autoevaluación y la posibilidad de mejorar la práctica enfermera.

Asimismo, se plantea como propósito, elaborar una guía de referencias teórico- prácticas que cuente con información actualizada sobre métodos para la administración de la medicación que se utiliza en el servicio con mayor frecuencia, indicando reconstitución, dilución, ritmo de perfusión y dosis adecuada, que será de libre acceso para el personal de enfermería del servicio.

Formulación del problema

¿Qué relación existe entre la Aplicación de la técnica de venoclisis, según antigüedad en la profesión y la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes que se encuentran internados en la sala general de un Hospital de dependencia provincial de la ciudad de Cañada de Gómez durante el primer bimestre del año 2024?

Hipótesis

A mayor antigüedad en la profesión disminuye la probabilidad de que la aplicación de la técnica de venoclisis sea incorrecta.

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la Aplicación de la técnica de venoclisis, según antigüedad en la profesión, y la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes que se encuentran internados en la sala general de un Hospital de dependencia provincial de la ciudad de Cañada de Gómez durante el primer bimestre del año 2024.

Objetivos específicos

- Identificar la relación que existe entre la antigüedad en la profesión y la correcta aplicación de la técnica de venoclisis.
- Determinarla relación que existe entre la aplicación de la técnica de venoclisis con la aparición de flebitis.
- Establecer la relación que existe entre la aplicación de la técnica de venoclisis, según la antigüedad en la profesión y la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes.

Marco Teórico

El siguiente marco teórico se basa en la literatura clásica sobre principios de enfermería y la evidencia científica disponible actual sobre procedimientos de colocación de catéteres intravenosos periféricos y la incidencia de flebitis desde la perspectiva de la Enfermería, para descubrir conceptos clave y sugerir definiciones de sus características.

Resulta necesario, en primera instancia, realizar la contextualización del efector donde se llevará a cabo el proyecto de investigación, mencionando su historia.

El Hospital Provincial de Cañada de Gómez, cabecera del Departamento Iriondo, está ubicado en la zona sur de la ciudad, no representando limitaciones para la accesibilidad de los usuarios, tanto locales como de ciudades vecinas, por su proximidad con el acceso de Au. Rosario-Córdoba y Ruta Nacional N° 9 permitiendo el flujo vehicular público y privado. El mismo ocupa un nivel de complejidad 2, con la modalidad de autogestión de recursos propios perteneciente al Nudo de Salud IV.

El 22 de noviembre de 1887 se constituyó una Comisión Vecinal denominada “Hospital de Cañada de Gómez”, presidida por el entonces Cura Párroco Juan Fuentes.

El Hospital, denominado entonces “De Caridad” es inaugurado oficialmente el 1° de enero de 1890. Desde su creación el Hospital quedó bajo la administración de la Comuna hasta el 4 de marzo de 1894 en que su administración pasa a la Sociedad de Damas de Beneficencia.

Desde entonces hasta ahora ha sufrido múltiples reformas, entre ellas la más importante se dio a partir de la creación del nuevo edificio en 1995, quedando completamente abandonada la Antigua estructura donde funcionaba la maternidad, la cual se refuncionalizó en 2022, en ella actualmente, funciona la Escuela de Enfermería y el área de Kinesiología

Actualmente este efector cuenta con servicio de internación general, Unidad de Cuidados Intensivos de mediana complejidad , Guardia General de Urgencias y Emergencias con Shock Room equipado y Sala de Pre-internación; Consultorios externos (Oftalmología, Psiquiatría, Psicología, Cardiología, Ortopedia y Traumatología, Kinesiología, Obstetricia Y Ginecología, Pediatría, Infectología, Alergia e Inmunología, Clínica General, Cirugía General, Odontología y Cirugía Maxilofacial de adultos y pediátricos, Urología, Servicios de diagnósticos por imágenes (radiología, tomografía, mamografía, espirometría, ergometría, etc.) Laboratorio y Hemoterapia. Servicio de Fonoaudiología con estudios complementarios, Departamento de Servicio Social y área de Junta de Discapacidad.

Como hospital regional, posee el Servicio de Vacunación que además de cubrir la demanda local en el Hospital y los 6 CAPS dependientes de él, provee de insumos a las distintas localidades que componen la subregión y Sanatorios privados de la ciudad.

Cuenta con un Departamento de Enfermería, que se divide en diferentes Servicios con su respectivo jefe a cargo; Departamento de Servicios generales, Servicio de Administración,

Departamento de Personal y Recursos Humanos, Servicio de Estadística y Área de Gestión y provisión de materiales de prótesis y órtesis. Departamento de Administración de Recursos Propios (devengados de la atención de usuarios con Obra Social) y Recursos Ministeriales.

El efector posee la visión de ser una Institución líder destacada y reconocida en el ámbito de la salud por su innovación, complejidad médica y excelencia en la atención de los pacientes. Siendo un Hospital de referencia en cuanto a sus procesos, infraestructura y su personal con un compromiso hacia la Comunidad.

Su misión es ser una institución que día a día trabaja bajo el concepto de optimizar calidad de atención en todos los sectores. Para así, lograr que nuestra comunidad pueda sentirse reconfortada a través de nuestra atención profesional orientada a brindarles soluciones.

El objetivo general que posee la institución es el de prestar asistencia médica de calidad a la población del área de influencia en sus cuatro aspectos fundamentales: Promoción; Prevención; Reparación; Rehabilitación de la salud.

Como Objetivos específicos: Optimizar los recursos; en cada área, procurando la utilización eficiente de los recursos necesarios para contribuir al manejo eficiente de los costos; Unificar conductas y definir estándares para organizar el trabajo, y así lograr resultados más eficientes en términos de tiempo, costos, disminución de errores y la mejora en la atención y la satisfacción de los clientes; Hacer funcionar los sistemas de control y supervisión de mandos medios y directivos, para encontrar soluciones alternativas a conflictos aplicando una política de anticipación a los problemas; Otorgar herramientas de uso diario y formar a través de las capacitaciones; Realizar acciones en la comunidad de Cañada de Gómez para la concientización respecto del cuidado de la salud y la prevención en toda la comunidad. (Rodríguez, 2023).

La población destinataria de la atención brindada por este efector son pacientes pediátricos, adultos jóvenes, adultos maduros y adultos mayores.

Pipino, M. (2019) cita a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dividiendo a la adultez en tres etapas: adultez joven (18-35), adultez madura (35- 65 años) y la adultez mayor (más de 65

años). En cada etapa del desarrollo humano existen cambios físicos, psicológicos y sociales, tanto en el hombre como en la mujer.

En este trabajo investigativo la población a estudiar serán adultos jóvenes, quienes poseen necesidades básicas. En el cuaderno del estudiante y recopilación bibliográfica de la cátedra “Cuidado Enfermero al Adulto Joven y Maduro” (2022) de la Escuela de Enfermería UNR, cita a Du Gas Bervely, cuando define, a las necesidades básicas como aquellos requerimientos físicos, psicosociales, ambientales y de atención de salud necesarios para alcanzar el bienestar óptimo, y las clasifica según las aprobadas en las conclusiones del seminario del cuerpo docente Escuela de Enfermería UNR 1985, en:

- Necesidades biológicas: estas exigen respuesta rápida, ya que son necesarias para la vida. Incluyen las necesidades de:
 - ✓ Oxigenación
 - ✓ Nutrición
 - ✓ Eliminación
 - ✓ Actividad
 - ✓ Reposo
 - ✓ Sensopercepción
- Necesidades psicosociales: en enfermería se considera al hombre como una unidad que posee dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociales. Estas interactúan entre sí y conforman un proceso dinámico y continuo durante todo el ciclo vital. En este juego, este tipo de necesidades son el eje motivacional de la conducta y la no satisfacción de las mismas puede producir alteraciones. Estas se satisfacen en mutua acción con otras personas por medio de la comunicación. Se incluyen:
 - ✓ Comunicación
 - ✓ Afecto
 - ✓ Pertenencia
 - ✓ Socialización
 - ✓ Aprendizaje
 - ✓ Seguridad
 - ✓ Sexualidad

- Necesidades ambientales: tanto el hogar, la comunidad, el hospital, el medio ambiente físico y psicosocial debe garantizar la seguridad del hombre y no ser fuente de riesgo para su vida.
- Necesidades de Atención de Salud: incluye la posibilidad o incapacidad de acceder a las indicaciones del tratamiento y recuperación de la salud. También se considera la accesibilidad al sistema de salud y la cobertura consecuente.

Cuidado Enfermero al Adulto Joven y Maduro (2022) afirma que estas necesidades tienen las características de ser dinámicas, por ello la afección de una influye en las otras.

En el adulto joven las necesidades biológicas se encuentran en su mejor momento, se hallan fuertes, enérgicos y resistentes, los sentidos alcanzan su mejor momento. El cuaderno “Cuidado Enfermero al Adulto Joven y Maduro” (2022) cita a Rice (1997) explicando que los hábitos básicos importantes relacionados con la salud son: desayunar, comer a horas regulares, comer moderadamente, hacer ejercicios, dormir 7 u 8 horas en la noche, no fumar y beber moderadamente.

La pérdida de peso y sobrepeso se relacionan con enfermedades coronarias, simultáneamente el colesterol produce estrechamiento de los vasos sanguíneos. La actividad física disminuye estos factores de riesgo, sin embargo, además alivia la ansiedad y la depresión.

Las necesidades psicosociales que intervienen en este período comprometen a las necesidades de afecto, pertenencia y socialización, debido a que en esta etapa se tiene el deber de tomar decisiones sobre el trabajo, estudio, la permanencia en el hogar de los padres, pareja e hijos, generadoras de estrés.

El cuaderno “Cuidado Enfermero al Adulto Joven y Maduro” (2022) menciona a Rice (1997) cuando dice que la salud de este sector puede verse influenciada por diversos factores como son: factores socioeconómicos, la educación y el género.

Este grupo etario no posee problemas de salud significativos, se considera el sector más sano de la población, sus trastornos suelen ser breves y sin complicaciones. No obstante, en la mayor parte de los adultos jóvenes que necesitan ser hospitalizados se utiliza como tratamiento la terapia intravenosa.

La colocación de una vía intravenosa periférica es un procedimiento rutinario. Según Gomis, D., & Kordi, S. (2020) se calcula que entre el 60% y el 70% de los pacientes han tenido colocado un catéter intravenoso en algún momento de su estadía hospitalaria.

Estos autores refieren que una vía periférica es aquella en la que se utiliza una vena superficial (extratorácica) canalizada por una aguja o catéter y utilizada para la perfusión de líquidos no agresivos y de cantidad y duración limitadas.

Las vías intravenosas se colocan con diversos fines y propósitos. Gomis, D. & Kordi, S. pág. 353 (2020) describen que estas son útiles para:

“Obtener una vía venosa permeable para la reposición de líquidos y productos sanguíneos; mantenimiento de una vía permeable en caso de emergencia; recolección de muestras de sangre para control y estudios diagnósticos; administración de suplementos nutricionales; administración de medicamentos; reposición de electrolitos e hidratación de pacientes incapaces de recibirlos por otros medios.”

Estos autores plantean en su obra que la inserción de una vía intravenosa suele indicarse en pacientes con desequilibrio hidroelectrolítico, estados de desnutrición, shock, sepsis, politraumatizados, cirugías, trastornos endocrinos, enfermedades cardiovasculares y pacientes oncológicos. Apuntan, que los vasos venosos utilizados frecuentemente son: las venas cefálicas y basilica del antebrazo; venas medianas de los brazos y las venas metacarpianas del dorso de la mano. Las venas superficiales son las más aptas para la canalización venosa, ya que se encuentran en el tejido conectivo laxo por debajo de la piel. En pacientes adultos la utilización de las venas de las extremidades inferiores se utiliza como último recurso por el alto riesgo de estasis venosa, tromboflebitis y las limitaciones deambulatorias.

Los autores señalan que el tratamiento intravenoso se puede mantener un tiempo prolongado teniendo en cuenta los siguientes puntos: seleccionar el sitio más distal de la extremidad elegida; utilizar un catéter de calibre más pequeño posible de acuerdo al diámetro de la vena seleccionada y según el tratamiento prescrito.

Asimismo, los mismos recomiendan que se deben evitar las zonas de flexión (zona antecubital o muñecas) y en lo posible utilizar la mano no dominante del paciente. De esta forma se logra mayor comodidad y permite el movimiento del brazo. La instauración de la vía intravenosa debe ser previa a zonas que presenten signos de infiltración, flebitis o coloración negruzca (hematoma).

A su vez describen que las complicaciones locales más comunes incluyen flebitis, tromboflebitis, extravasación y oclusión del catéter. Las complicaciones sistémicas son menos

frecuentes e incluyen: septicemia, sobrecarga circulatoria, shock, embolia gaseosa, tromboembolia, perfusión rápida, reacciones alérgicas y anafilácticas. Estas mismas pueden comprometer la vida del paciente.

Según el tratamiento se pueden utilizar diferentes equipos para realizar el acceso venoso periférico. Para tratamientos de varios días de duración, hasta siete días, el catéter plástico sobre aguja es el más utilizado (abbocath), sin embargo, para tratamientos que requieren tiempo menor de 24 horas, se puede utilizar el equipo de infusión tipo mariposa o Butterfly. Los catéteres periféricos por aguja no se recomiendan en tratamientos intravenosos de tiempo prolongado.

Del mismo modo indican que el equipo necesario para realizar la vía intravenosa periférica es: catéter intravenoso adecuado (tipo, tamaño, longitud, esta y colores varían según el fabricante, normativas y volumen a infundir (mm/min); líquido intravenoso prescrito, equipo de administración y tubuladura (para infusión intravenosa continua, o con capuchón y adaptador para infusión permanente), soporte o trípode. Lavar el Baxter, descartar el primer chorro de la solución, colocar la tubuladura correspondiente y purgar; tubuladuras (T14 = macrogota T17= microgota); lazo hemostático (para realizar torniquete); dos o tres apósitos de algodón preparados con solución de iodopovidona; tela adhesiva hipoalérgica; apósitos de gasa estériles; guantes para examen; recipiente para residuos orgánicos y descartador. Como adicional de ser necesario: lidocaína o crema anestésica para disminuir la sensibilidad en la zona de punción; equipos de recolección (tubos y jeringas de 10ml) en caso de necesitar muestras venosas para laboratorio. La recolección de sangre venosa para análisis durante el procedimiento disminuye el número de punciones venosas que se realicen al paciente.

Tabla 1. Catéteres más utilizados en relación a su calibre y Volumen/minuto de infusión

Calibre	Volumen ml/minuto
24G (0,7mm) (Bajo Flujo- Venas Delgadas- Pediatría)	15ml/min
22G (0,9mm) (Venas Delgadas- Venoclisis Comunes)	35ml/min
20G (1,1mm) (Venoclisis Comunes- Cirugía General)	60ml/min
18G (1,3mm) (Venoclisis Comunes- Cirugía General)	90ml/min
16G (1,7mm) (Alto Flujo- Cirugía Mayor)	200ml/min
14G (2,1mm) (Alto Flujo- Cirugía Mayor)	300ml/min

Fuente: Gomis, D., & Kordi, S. 2020

Antes de realizar el procedimiento, para este autor, es de suma importancia realizar una evaluación del paciente, con el fin de determinar el tipo de tratamiento al que el paciente se encuentra sometido, fundamentalmente la exposición a anticoagulantes, tromboembólicos o el padecimiento de algún tipo de discrasia sanguínea, a fin de descartar la posibilidad de hemorragias y formación de hematomas en el sitio de punción. También es relevante considerar antecedentes alérgicos, de fistulas, mastectomía, vaciamiento ganglionar, trombosis, celulitis o lesiones neuromusculares, evitando de este modo la elección de estos miembros afectados eliminar el riesgo de posibles complicaciones. Tener en cuenta: condiciones físicas del paciente, edad, contextura, piel y anatomía venosa, para seleccionar el catéter y el sitio de inserción adecuado. Los catéteres de calibre pequeños son menos traumáticos (20G- 22G). Para catéteres de grueso calibre (18G a 14G) se deben elegir venas anatómicas adecuadas. sugiere evitar áreas edematosas, con hematomas, infección, venas muy pequeñas, esclerosadas o tortuosas, porque dificultan la inserción de la vía intravenosa y contribuyen a complicaciones.

Para realizar el procedimiento estos autores sostienen que el personal de enfermería debe comenzar por explicar en qué consiste el procedimiento y el propósito del mismo, puede reducir la ansiedad, aumentar la cooperación y evitar el riesgo de movimientos accidentales durante el procedimiento.

De manera simultánea, se deberá informar a los pacientes y sus familias sobre los signos y síntomas que deben notificar al personal de enfermería para identificar posibles complicaciones (ardor, hinchazón, dolor o molestias) asociadas con el uso del catéter intravenoso.

Se deberá colocar al paciente de modo que la extremidad seleccionada para la vía intravenosa descansa sobre una superficie firme y nivelada (la posición debe ser cómoda para el paciente y el personal que realiza el procedimiento). Asimismo, disponer al paciente en decúbito

supino con la cabeza ligeramente elevada y los brazos a los lados. Esto aumenta la accesibilidad al sitio de punción y la comodidad del paciente.

Los autores enfatizan sobre el correcto lavado de manos y la utilización de guantes limpios debido a que esto reduce la propagación de microorganismos patógenos. Una mala técnica de lavado de manos puede provocar contaminación cruzada.

Al realizar la selección del sitio de punción se debe considerar utilizar la rama más distal de la vena seleccionada. El principio general es comenzar desde la zona distal hasta la zona proximal. De este modo, si posteriormente se producen problemas venosos en el lugar de la punción, se pueden utilizar los lugares de las extremidades superiores. Se debe colocar el torniquete cerca del sitio de punción elegido realizando el correcto ajuste para que se pueda soltar simplemente tirando del extremo. Este mismo, bloquea el retorno venoso al corazón, provocando congestión venosa. No se debe presionar demasiado el lazo, ya que esto puede impedir el flujo sanguíneo arterial, esto puede confirmarse mediante palpación del pulso.

En ancianos y niños, el torniquete se debe aplicar suavemente o con los dedos, ya que la vena puede dañarse al insertar el catéter. Si la vena está torcida o endurecida, el bucle puede aumentar la presión sobre la misma y hacer que colapse. Por tal motivo es plausible utilizar el dedo índice y medio de la mano no dominante para palpar las venas, ya que estos son más sensibles que la mano dominante. Las venas sanas se sienten suaves, elásticas y resistentes.

Por tal motivo, los autores sugieren algunas formas alternativas de promover la congestión venosa y su visualización, tales como: hacer que el paciente abra y cierre la mano varias veces, golpear suavemente la piel sobre el sitio de punción y girar la mano por debajo del nivel del corazón, aplicar calor en el brazo o en el lugar de inserción 10 minutos antes de usar el torniquete, y masajear en el sentido de la circulación sanguínea.

De igual modo, los autores consideran relevante la forma de la preparación de la piel con solución antiséptica, ya que afirman que se debe utilizar un apósito preparado con alcohol para limpiar el área frotando con movimientos circulares, desde adentro hacia afuera. Una vez seca la zona, se limpia de la misma forma utilizando otro apósito preparado con solución de yodopovidona. La combinación de soluciones mejora el efecto antimicrobiano, evitando que la flora cutánea potencialmente infecciosa ingrese al vaso sanguíneo venoso durante la punción. El desinfectante debe actuar durante al menos 30 segundos para provocar la muerte química de los microorganismos. por tal razón en el caso de que sea necesario tocar el área después de la limpieza,

se deben usar guantes esterilizados o limpiar el área nuevamente antes de punzar. Es necesario no utilizar alcohol después de la aplicación de iodopovidona, puesto que éste inactiva el efecto residual del yodo.

En cuanto a la técnica de punción, los autores argumentan, que el personal de enfermería responsable de la colocación del catéter venosos periférico, deberá realizar una correcta manipulación del mismo (véase anexo III), no obstante una vez realizada la técnica continúan las responsabilidades del personal de enfermería debido que el mismo deberá: ajustar la velocidad de infusión indicada por el médico o a la normal de 7 gotas por minuto hasta que se determine la prescrita según las instrucciones del médico, comprobar que el líquido fluya libremente, asegurar el catéter con cinta hipoalargénica, ya que esto evita que los microorganismos ingresen al torrente sanguíneo y asegura el catéter. El médico dicta el ritmo de flujo, pero es obligación de Enfermería ajustar y mantener el ritmo de flujo apropiado según condición, edad y tolerancia del paciente a las soluciones y medicamentos.

Igualmente, se deberá: etiquetar el equipo de infusión con la fecha, hora, calibre del catéter y velocidad de goteo, esto evitará errores en la comunicación entre el equipo de salud, documentar procedimientos realizados, complicaciones, reacciones del paciente, medicamentos utilizados e información importante en la historia clínica.

Resulta imperioso evaluar, al menos una vez por turno, el sitio de la venopunción y solución inyectada, debido a que esto permite detectar posibles complicaciones. Si los signos y síntomas incluyen dolor, escalofríos, palidez, eritema o inflamación en el lugar del catéter y de la venopunción deberá cambiarse cada 48 a 72 horas o antes. Los catéteres que se dejan colocados durante más de 72 horas aumentan el riesgo de infección.

Los pacientes sometidos a cateterismo intravenoso periférico tienen un alto riesgo de complicaciones, consecuencias de este procedimiento, como flebitis, infección local, desplazamiento inadvertido del catéter, oclusión, infiltración, extravasación y tromboflebitis. La flebitis es la más común de estas complicaciones.

En el Manual de Enfermería Teoría + Práctica sexta edición, Gomis, D., & Kordi, S. pág.358 (2020) mencionan que se denomina Flebitis a la

... *“inflamación de una vena por alteración del endotelio vascular. En el caso de la flebitis las plaquetas migran a la zona lesionada formándose un trombo alrededor de la punta del catéter. Esta agregación plaquetaria genera la liberación de histamina, aumentando el flujo sanguíneo en*

la zona por efecto de la vasodilatación. Los signos y síntomas característicos incluyen: dolor, enrojecimiento de la zona, calor local (quemazón), la vena adquiere un aspecto de cordón ante la palpación y puede aparecer fiebre.”

Asimismo, estos autores mencionan que la flebitis puede presentarse debido a diferentes etiologías, tales como: Flebitis bacteriana por presencia de microorganismos en la solución de infusión, contaminación del equipo de infusión durante la punción, mala técnica aséptica o colocación inadecuada del apósito (flebitis inducida por contaminación), flebitis química: se produce por irritación venosa, debido a la exposición a soluciones ácidas, alcalinas o hipertónicas (flebitis inducida por infusión). Flebitis mecánica: ocurre debido a una velocidad de infusión lenta, fijación inadecuada del catéter, elección del sitio de punción (área de curvatura o posición venosa), calibre insuficiente del catéter (más grande que el tamaño de la vena) o daño a la vena durante la punción (flebitis relacionada con el catéter).

Agregando a lo anterior, Martínez Ortega C. y otros (2019) afirman que las características del paciente, preparación de la piel, los traumatismos en la vena durante la inserción, el tipo de material utilizado, la infusión de determinados fármacos, el tiempo de permanencia del catéter, la estabilización del catéter en la piel, la frecuencia de cambio del apósito son diversos factores que predisponen y/o aumentan el riesgo de flebitis.

En este trabajo investigativo se hará hincapié en el tipo de flebitis mecánica, debido a que se asocia con la ubicación, técnica de inserción y calibre del catéter.

Con el fin de detectar signos y síntomas de flebitis, se utiliza una escala visual que permite la valoración del sitio de inserción del catéter venoso periférico, esta se denomina “Escala Visual de Maddox”, la cual funciona como una herramienta propia de la disciplina, a través de ella se evalúa el nivel de flebitis, facilita su diagnóstico y estadiaje, a la vez que aporta medidas para aplicar.

Tabla 2. Escala visual de valoración de flebitis Maddox

Sin dolor, eritema, hinchazón ni cordón palpable	0	NO signos de flebitis. OBSERVE punto de inserción
Dolor sin eritema, hinchazón ni cordón palpable en la zona de punción	1	Posible signo de flebitis. OBSERVE punto de inserción
Dolor con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción	2	Inicio de flebitis. RETIRE el catéter
Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable < 6cm por encima del sitio de inserción	3	Etapa media de flebitis. RETIRE el catéter y valore el tratamiento
Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable > 6cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia	4	Avanzado estado de flebitis. RETIRE el catéter y valore el tratamiento
Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión	5	Tromboflebitis. RETIRE el catéter e inicie el tratamiento

Fuente: Prevención de complicaciones relacionadas con accesos vasculares de inserción periférica. Programa “Flebitis Zero”.

Los autores afirman que el “Programa Flebitis Zero” implementado en España, es un programa cuyas unidades diana son todas las unidades del hospital lo que dificulta la implantación de medidas, formación de profesionales y adquisición de una cultura de seguridad.

La finalidad de este programa es reducir la incidencia de flebitis y bacteriemia asociada al uso de catéteres intravenosos periféricos, mediante un paquete de medidas que incluye recomendaciones: elección del tipo de catéter adecuado, higiene de manos, uso de preparado cutáneo con clorhexidina durante el tratamiento, mantenimiento de la esterilidad del catéter. y eliminación de catéteres intravenosos periféricos innecesarios.

En Argentina, el Ministerio de Salud (2022), implementó una guía de “Procedimiento de Inserción y Cuidado del Catéter Venoso Periférico” elaborada por un equipo interdisciplinario, en el cual la mayoría son Licenciados en Enfermería. Esta guía tiene por objetivo describir criterios, acciones y operaciones para minimizar las complicaciones asociadas al procedimiento de inserción y cuidado de los catéteres venosos periféricos e incrementar el nivel de seguridad, eficiencia y efectividad de este procedimiento. Estas recomendaciones se dirigen a todos los profesionales de salud que insertan catéteres venosos periféricos, los que realizan el cuidado y mantenimiento, en establecimientos de salud con o sin internación, o en domicilio. La población abarca a todos los pacientes adultos y pediátricos que reciben tratamientos intravenosos.

Esta guía define el procedimiento, pone en manifiesto quiénes son los responsables de la colocación y/o cuidados de los catéteres venosos periféricos cortos, cuáles son los criterios de elección del dispositivo, el calibre del catéter venoso. Asimismo, refiere sobre la administración de infusiones, los criterios de elección de una vena, proceso de inserción del catéter venoso periférico, consideraciones generales para la inserción y mantenimiento del mismo. Recomendaciones relacionadas al uso de conectores libres de aguja, guías de perfusión y administración de soluciones intermitentes y uso de filtros. Además, nombra datos que se deben registrar en la Hoja de Enfermería, los daños en la piel relacionado con adhesivos de uso sanitario, puntos importantes para tener en cuenta en la terapia de infusión, complicaciones de los catéteres venosos periféricos, el monitoreo de adhesión al procedimiento, y sobre la vigilancia de eventos adversos.

A raíz de todo lo conceptualizado, cabe destacar que la labor diaria de Enfermería está atravesada por el compromiso, responsabilidad y tomas de decisiones que derivan en la correcta gestión del cuidado.

Desde décadas pasadas se ha establecido el desarrollo de Teorías que sustenten y fundamenten el quehacer de Enfermería.

Brykczynski, K. en “Modelos y teorías en enfermería” (2011) pág 137 citó a Benner (1989) que definió... “*La enfermería se considera como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y responsabilidad*”.

Esta teorista considera que la práctica de enfermería no solo es el cuidado visto desde la perspectiva asistencial, sino que abarca experiencias vividas por el personal de enfermería, relacionadas con la salud, enfermedad, preocupación y como estas se vinculan. Por este motivo pretendió distinguir el creciente conocimiento que se obtiene de las experiencias vividas en vez de explicar el trabajo cotidiano de enfermería. Las habilidades brindadas por la experiencia ligadas al conocimiento de la disciplina, permite la autonomía del personal de enfermería para asumir la responsabilidad de las decisiones.

Esta teorista explica que estas decisiones derivan de la “*Gestalt de la situación*”, dicho de otra manera, la perspectiva holística que el personal de enfermería alcance, a través de lo vivido conjugando el conocimiento, lo llevará a seguir su intuición y podrá encontrar pruebas que confirmen los pequeños cambios que observa en los pacientes.

Se puede decir, que a medida que aumenta la experiencia de enfermería, también aumenta el conocimiento clínico, es así como se obtiene la combinación de conocimientos prácticos y teóricos.

La relación entre la experiencia y el conocimiento ha sido ampliamente investigada por Patricia Benner, pues adopta el modelo de Dreyfus de adquisición y desarrollo de habilidades estudiando la actuación de jugadores de ajedrez y de pilotos en situaciones de emergencia, y la traslada a la disciplina de Enfermería, y muestra este modelo como situacional por lo que describe cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades.

Considera que el primer nivel es el de *principiante*, en esta etapa, la enfermera no tiene experiencia en las situaciones que encontrará. Las propiedades normativas y objetivas deben sacarse de contexto para guiar la acción. Posee dificultad para distinguir entre aspectos relevantes e irrelevantes de una situación. En general, este nivel es apropiado para estudiantes de enfermería, sin embargo, Benner sugiere que este nivel también se puede aplicar a enfermeras expertas en un campo particular y que se enfrentan a situaciones o áreas con las que no están familiarizadas.

El siguiente nivel se denomina *Principiante avanzado*, en el mismo la enfermera es capaz de demostrar un desempeño al menos parcialmente aceptable después de exponerse a un número suficiente de situaciones del mundo real o después de que el instructor señala elementos importantes de la situación. En esta etapa, la persona tiene la experiencia necesaria para dominar ciertos aspectos de la situación. A diferencia de las cualidades y características, los aspectos no pueden objetivarse plenamente porque requieren una experiencia basada en el reconocimiento del contexto de la situación. Los que cursan este nivel siguen las reglas y reciben instrucciones sobre las tareas que deben realizar. No logran comprender la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. En este nivel, las enfermeras estudian situaciones clínicas para demostrar sus habilidades y comprender qué situaciones las requieren, no están tan interesadas en comprender las necesidades y respuestas de los pacientes. Benner nombra enfermeras recién graduadas en este nivel.

El tercer nivel es el de *Competencia*, al aprender de situaciones de práctica reales e imitar las acciones de otros, los principiantes avanzados pasan a la etapa de competencia. Este nivel del modelo Dreyfus se caracteriza por una gran cantidad de planificación consciente y deliberada, que decide qué aspectos de las situaciones presentes y futuras son importantes y cuáles no. La coherencia, la visión y el tiempo son importantes; el resultado es el nivel de experiencia adquirido

mediante la planificación y la previsión. El nivel de eficiencia aumentó, pero la atención se centró en la planificación del tiempo y la organización de las tareas del personal de enfermería, en lugar de planificar el tiempo según las necesidades del paciente. Las enfermeras competentes pueden crear una excesiva responsabilidad innecesaria hacia sus pacientes, lo que puede conducir a una visión crítica generalizada de sí mismos. La etapa competente es fundamental en la educación clínica porque los estudiantes deben comenzar a reconocer patrones y determinar qué elementos del aprendizaje clínico son esenciales. Qué situaciones son dignas de atención y cuáles no. Las enfermeras competentes desarrollan nuevas reglas de planificación y procedimientos de razonamiento que aplican reglas de conducta aprendidas basadas en los hechos relevantes de la situación. Para que las enfermeras pasen de la competencia a la eficacia, es necesario explorar puntos clave para determinar la importancia del aprendizaje activo.

El último nivel es *eficiente*, en este estadio, la persona cree que la situación es un conjunto (imagen completa) no lo divide en aspectos y las acciones se rigen por máximas. Esta fase es un salto cualitativo respecto de la fase competente ya que el personal de enfermería ahora es capaz de identificar aspectos clave y obtener una imagen intuitiva de la situación basada en sus conocimientos previos. Las enfermeras eficaces demuestran una nueva capacidad para considerar la importancia de las situaciones cambiantes, reconocerlas y ser capaces de implementar respuestas competentes a medida que se desarrollan las situaciones. Ya no dependen únicamente de los objetivos predeterminados de la organización, sino que adquieren más confianza en sus propios conocimientos y habilidades. En esta fase la enfermera se involucra más con el paciente y su familia. Después de pasar esta etapa, alcanza el nivel de experto.

Experto, es la quinta etapa del modelo y se alcanza cuando el experto ya no se basa en principios analíticos (normas, directrices, máximas) para demostrar su comprensión de la situación y tomar las medidas adecuadas. Para Benner, una enfermera experta comprende intuitivamente la situación y es capaz de determinar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. Se trata de un cambio cualitativo porque la enfermera "conoce al paciente", lo que significa que conoce los patrones de respuesta clásicos y lo conoce como persona. Los aspectos claves de la práctica de Enfermería experta incluyen: dominio demostrado de la práctica clínica y basada en recursos tales como la adquisición de conocimientos prácticos; percepción holística; previsión de lo inesperado. Gracias a su experiencia, las enfermeras expertas tienen la capacidad de reconocer patrones. Es importante que las enfermeras profesionales

comprendan las preocupaciones y necesidades reales de sus pacientes, incluso si esto significa planificar y negociar cambios en el plan de atención. Su identidad es casi transparente para ella.

Para concluir, Benner constituyó la primera diferencia teórica entre el conocimiento práctico y el conocimiento teórico. Indica que el grado de crecimiento de una disciplina práctica incluye ampliar el saber práctico a través de investigaciones y por medio de la exploración de la práctica clínica. Basa su modelo de atención en el cuidado, la sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería.

Brykczynski, en “Modelos y Teorías en Enfermería” pág 137 (2011) cita a Benner cuando refiere que... *“La relación enfermera-paciente no es un programa uniforme, profesionalizado, sino un caleidoscopio de intimidad y distancia en algunos de los momentos de la vida más dramáticos, conmovedores y triviales”*.

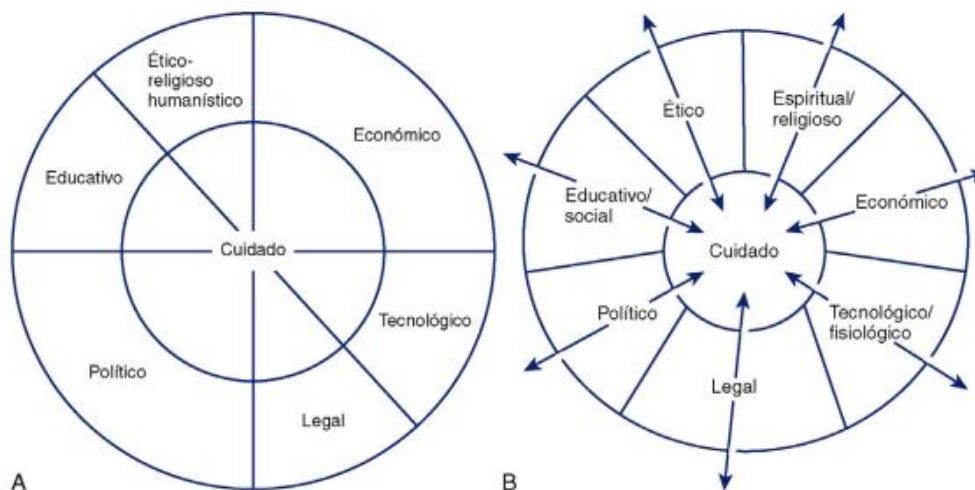
Por otro lado, Coffman, S. (2011) desarrolla la teoría de Marilyn Anne Ray, quien realizó una contribución clara e interesante al desarrollar la “Teoría de la atención Burocrática”. Ray fue influenciada por la filosofía de Hegel, que definía la interrelación entre tesis, antítesis y síntesis. En la filosofía de Hegel, la tesis de ser y la antítesis o su opuesto, no ser, se invalidan y luego se reconcilian, emergiendo como una única fuerza transformadora. En la teoría de Ray, la tesis del cuidado (humanista, espiritual y ética) y la antítesis de la burocracia (tecnológica, económica, política y legal) se combinan y sintetizan en una sola fuerza, los cuidados burocráticos. La síntesis, como proceso de conversión, es una transformación. Este proceso se repite constantemente (tesis, antítesis y síntesis) siempre cambia, emerge y se transforma.

El enunciado de la Teoría de la Atención Burocrática representó una organización dinámica del cuidado. Esta misma generó una dialéctica del cuidado, en otras palabras, el debate entre el cuidado humanístico, y su oposición, el cuidado burocrático. Esta contraposición refleja que todo está vinculado con la acción de cuidar, y que el sistema organizativo es un macrocosmo del conjunto de la cultura.

Como primera instancia de la teoría, se fundamenta que las estructuras políticas y económicas se apoderaban de la dimensión, demostrando su influencia ascendente en la naturaleza del cuidado, sin embargo, Ray, siguió desarrollando su pensamiento teórico mediante la investigación y modificó esa perspectiva, concibiendo la naturaleza diferencial del cuidado por medio de elementos políticos, legales, económicos, tecnológicos-fisiológicos, espirituales-religiosos, éticos y educativos sociales. (v.fig 1)

Figura 1

Evolución de la teoría de Marilyn Ray



NOTA: Figura 1 A, Desarrollo original de la teoría de atención burocrática. B, Teoría posterior fundamentada en los datos que muestra el cuidado diferencial. (Martha, R. A, Ann, M.T. 2011. Modelos y teorías en enfermería. Cap. 8, "Marilyn Anne Ray" pag 120. Barcelona. Elsevier España, S.L)

Esta teoría implica una relación dialéctica entre la dimensión humana (persona, enfermera), la dimensión del cuidado espiritual y ético y las dimensiones estructurales (enfermería-entorno) de la burocracia y la cultura organizativa (tecnológica, económica, política, legal y social). Asimismo, cita a Ray (1989) señalando que la dialéctica del cuidado y la burocracia se sintetiza en una teoría de la atención burocrática. La atención burocrática, el límite sintético entre las dimensiones humanas y estructurales, es el punto en el que las enfermeras, los pacientes y los administradores integran la persona, la enfermería, la salud y el entorno.

La autora se refiere a Ray (1989) cuando desarrolla las afirmaciones teóricas de la teoría de la Atención Burocrática, basados en el significado del cuidado.

El cuidado de enfermería varía ampliamente dependiendo de su estructura (sociocultural, educativa, política, económica, material, tecnológica, legal). La teoría del cuidado diferencial revela que el cuidado es situacional y está influenciado por la estructura organizacional o las influencias culturales. El cuidado posee significados diferentes en la sala de emergencias, la unidad de cuidados intensivos, la unidad de oncología y otros entornos hospitalarios. La importancia del cuidado también está influenciada por las funciones y posiciones de una persona. Por ejemplo, los

pacientes expresaron principalmente la necesidad de asistencia humanitaria, mientras que las descripciones de los médicos se referían principalmente a áreas técnicas. El significado del cuidado surgía como un hecho diferencial, porque no se identificó ninguna definición ni significado de cuidado.

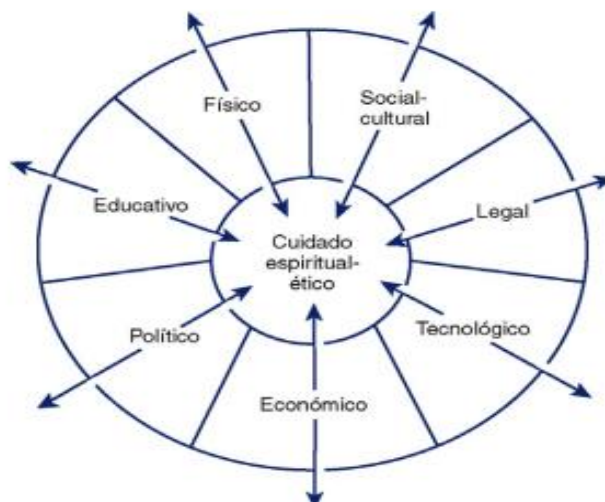
A su vez, este mismo es burocrático y espiritualmente ético, dado el grado en que el significado del cuidado puede vincularse a las estructuras organizativas. En el modelo teórico todo se ve afectado por la asistencia espiritual y ética por su interacción y coherencia con la estructura de la vida organizacional (por ejemplo, política, educación). El cuidado espiritual y ético es tanto una parte como un todo, así como cualquier estructura de una organización es tanto una parte como un todo. Cada parte adquiere su propio propósito y significado en relación con las otras partes. Comprender la atención espiritualmente ética en los sistemas organizativos burocráticos como estructuras holográficas complejas ayuda a mejorar los resultados de los pacientes y transformar el bienestar humano y ambiental.

Por último, la teorista define que el cuidado es el constructo primordial y la conciencia de la enfermería, es decir, ambos se encuentran integrados. Las enfermeras toman decisiones basadas en intereses humanos y genuinos, utilizando principios éticos como guía para la toma de decisiones. Una ética espiritual del cuidado no cuestiona la implementación del cuidado en sistemas complejos, sino que busca aclarar cómo se pueden o deben tomar decisiones justas que promuevan opciones para el bien común

Según esta autora, la teoría inicial se analizó utilizando la filosofía de Hegel. Esta misma se actualizó en 2001 después de una investigación continua y los hallazgos se analizaron a la luz de la ciencia de la complejidad y la teoría del caos, dando lugar a la teoría de la atención burocrática, que es una teoría holográfica. (v. fig 2)

Figura 2

Teoría de la Atención Burocrática



Nota: presentación holográfica de la teoría de la Atención Burocrática (Martha, R. A, Ann, M.T. 2011. Modelos y teorías en enfermería. Cap. 8, “Marilyn Anne Ray” pág. 121. Barcelona. Elsevier España, S.L)

Lo relevante de esta teoría para este trabajo investigativo es que la toma de decisiones por parte del personal de enfermería debe realizarse para el bien de los demás mediante cuidados-espirituales.

Asimismo, Patricia Benner (1989) y Marilyn Anne Ray (1989) realizaron importantes aportes para la práctica y conocimiento de enfermería. La primera hace hincapié en que las habilidades de la práctica de enfermería se adquieren y poseen particularidades absolutas, no viéndose limitadas por la edad, enfermedad, la salud o la ubicación de la práctica enfermera. Establece diferentes niveles de competencia que van desde el principiante al experto. Propone una perspectiva holística, que perdura durante el proceso de investigación, desde que comienza hasta que finaliza. El contexto situacional se mantiene a medida que se interpretan y analizan, de forma simultánea, los aportes que se realizan a través del diálogo entre el personal de enfermería y el paciente. La segunda teorista de igual manera, aporta una mirada holística del cuidado, su teoría va más allá de pensar en las tareas asistenciales, considerando al universo como un holograma en el que varios determinantes interactúan con el cuidado, y viceversa. Ray desafía a Enfermería a reflexionar y tomar en consideración las dimensiones espirituales y éticas del cuidado con el fin de poder modificar el escenario laboral.

Ambas autoras resaltan la importancia de la autonomía de la disciplina en la toma de decisiones a fin de proporcionar el cuidado integral, basado en la responsabilidad y ética.

Dicho todo lo anterior, cabe destacar la relevancia de comprender, analizar y reflexionar sobre las prácticas de enfermería, en este caso, la aplicación de la técnica de venoclisis, según la antigüedad en la profesión y su relación con la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes.

Es de suma importancia repensar la técnica, conceptos que abarca para poder realizar una correcta aplicación de la misma. Asimismo, interpretar los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones relacionadas a esta, como lo es la flebitis, utilizando herramientas que investigaciones previas ponen a disposición de la profesión, con el fin de acrecentar los conocimientos y mejorar la calidad del cuidado minimizando riesgos, reduciendo estresores que afecten la calidad de vida del paciente, adherencias al tratamiento y posibilidad de recuperación.

Por tal motivo es fundamental la educación permanente de enfermería, debido a que es un elemento esencial para repensar la práctica y enriquecer los conocimientos sobre la prestación segura. La incorporación de nuevos conocimientos y habilidades prácticas no se deben subestimar ya que resultan fundamentales en todo momento de la profesión.

Material y Métodos

Tipo de Estudio

El estudio que se realizará tendrá un enfoque tipo cuantitativo, Hernández- Sampieri y otros (2014) proponen para este tipo de enfoque utilizar la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. Se trata de un conjunto de procesos, por ende, será secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente no pudiendo eludir pasos. De este modo posibilita conocer la relación que existe entre la aplicación de la técnica de venoclisis, según la antigüedad en la profesión, con la aparición de flebitis.

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental dado que es un estudio que se realizará sin la manipulación deliberada de las variables y en los que sólo se observarán los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos.

Será descriptivo dado que, según Pineda, E., & Alvarado, E. (2008) estará dirigido a determinar cómo es la situación de las variables que se estudian en la población, la presencia o ausencia de las mismas, la frecuencia con la que ocurren. Se describirá lo que está pasando en un lugar y tiempo determinado.

Asimismo, este estudio tendrá corte transversal debido a que los datos se recolectarán en un momento único. (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2014).

Según la ocurrencia de los hechos se realizará un estudio prospectivo, la información se registrará según vayan ocurriendo los fenómenos, de acuerdo con Pineda, E., & Alvarado, E. (2008).

Ya que se iniciará con la exposición de una supuesta causa y luego seguirá a través del tiempo a una determinada población, hasta determinar o no la aparición del efecto, en este caso se determinará o no la aparición de flebitis, en los accesos venosos periféricos según la aplicación de la técnica de venoclisis y la antigüedad en la profesión.

Sitio o Contexto

Esta investigación se llevará a cabo en una sala de internación general de un hospital de dependencia provincial, de la ciudad de Cañada de Gómez, Departamento Iriondo, durante el primer de bimestre, 2024. El que se encuentra ubicado en la zona sur de la ciudad, no representando

limitaciones para la accesibilidad de los usuarios, tanto locales como de ciudades vecinas, por su proximidad con el acceso de Au. Rosario-Córdoba y Ruta Nacional 9 permitiendo el flujo vehicular público y privado.

El mismo ocupa un nivel de complejidad II, con modalidad de autogestión de recursos propios perteneciente al Nudo de Salud IV. Brinda atención a personas de esa ciudad y ciudades vecinas como Bustinza, Totoras, Correa, Salto Grande, Villa Eloísa, Armstrong, Tortugas, Carcarañá y Las Parejas.

Dicho establecimiento fue designado como el sitio idóneo para esta investigación, previa aplicación de una Guía de Convalidación de Sitio, que garantiza el control de validez interna, la cual brindó los datos necesarios para identificar las variables que se desean medir, además de asegurar la pertinencia y viabilidad de la institución para llevar a cabo el estudio, se pudo conocer las características y recursos disponibles del nosocomio, entre otras.

Los resultados del estudio exploratorio demuestran que la Dirección del hospital en que se llevará a cabo la investigación, autorizó la realización y publicación de los resultados a través de nota formal la cual se adjuntará al informe final.

Asimismo, permite el ingreso para la recolección de datos y acceso a los registros que sean necesarios. También se estableció de común acuerdo asistir las veces que sean necesarias, al servicio de la guardia para realizar la prueba piloto de los instrumentos.

Con respecto a la dotación total del personal de enfermería es de 50 enfermeros, que se distribuyen en turnos de 6hs rotativos, la antigüedad en la profesión de dicho personal oscila entre los 25 y 2 años. El servicio posee 38 camas útiles. La mayoría de pacientes que requieren internación son adultos jóvenes sin obra social.

Los pacientes derivados de otros servicios poseen en su mayoría venoclísis. No obstante, en algunos casos al realizarse estudios complementarios previos al ingreso a la sala de internación general, estas mismas dejan de perfundir óptimamente por lo cual se realiza el recambio en el servicio de internación.

Las rotaciones de las venoclísis no están protocolizadas en este sector, por lo que queda a criterio de cada Técnico/a de enfermería independientemente del turno al que asista, lo que evidencia que no existen medidas o parámetros epidemiológicos a los que adhiera el servicio en función de la caducidad de la punción y posterior recambio, así mismo la colocación del catéter se registra en la hoja de enfermería por el responsable de la realización de la práctica. El servicio

cuenta con un protocolo de dilución de medicamentos. Se administran fármacos de todo tipo, sin embargo, predominan los antibióticos de amplio espectro.

No poseen bombas de infusión continuas, en el caso de que estas sean necesarias el servicio de Unidad de Terapia Intensiva las provee. La mayoría del personal de enfermería realiza la manipulación de estas.

Población y Muestra

En este estudio la población estará constituida de dos tipos:

Población 1: La dotación de Enfermería, estará conformada por enfermeros/as, que realizan actividades asistenciales, en guardias de 6hs. El tamaño de la población será de 50 enfermeros/as, según datos aportados por la guía de convalidación de sitio. Ante ello, no se tomará muestra debido a que la población a estudiar es factible de ser medida y abordada en su totalidad. No obstante, se controlará la posible amenaza correspondiente a la mortalidad experimental.

La unidad de análisis será cada enfermero/a que realice la aplicación de la técnica de venoclisis.

Quedarán excluidos de este estudio, aquellos enfermeros que estén o hayan realizado capacitaciones sobre la aplicación de la técnica de venoclisis en los últimos seis meses, ya que los mismos estarán sensibilizados en relación a la temática de estudio.

Población 2: Pacientes adultos jóvenes hospitalizados, durante el primer bimestre 2024, los cuales se estima que serán alrededor de 400 pacientes en total. En relación a este número se decide tomar el tipo de muestra no probabilística accidental, ya que el accidente se ve determinado por el tiempo en que los adultos jóvenes estarán hospitalizados con indicación de venoclisis en el primer bimestre 2024.

Los criterios de inclusión/exclusión serán pacientes internados 24hs o más; de ambos sexos; adultos jóvenes entre 18 y 35 años; con indicación de venoclisis.

Con respecto a la validez externa de la investigación, los resultados serán generalizables a las poblaciones en estudio, es decir, por un lado, a la población total del personal de enfermería de la sala de internación y por el otro a la muestra seleccionada de pacientes adultos jóvenes hospitalizados durante el primer bimestre de 2024.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos que se utilizará en este trabajo de investigación será la observación no participante, es decir, la investigadora no interviene en el fenómeno en estudio, sino que sólo relevará los datos tomando el registro de la situación observada. La ventaja es que los datos recogidos son más objetivos, aunque, por otro lado, al no integrarse al grupo puede afectar el comportamiento de los sujetos en estudio y los datos que se observen podrían no ser tan reales y veraces. (Pineda, E., & Alvarado, E. 2008).

Para minimizar esta desventaja previamente se otorgará el consentimiento informado y se proporcionará un conversatorio técnico sobre las características principales del trabajo de investigación.

La observación en este caso, permitirá obtener de manera natural los acontecimientos, los cuales se podrán describir de forma exacta. Asimismo, se obtendrán elementos significativos desde una perspectiva específica, y representará un bajo costo monetario y material.

No obstante, las desventajas que podría presentar esta técnica es que se requiere de mucha habilidad y agudeza para observar la realidad, y así se correría el riesgo de sesgar lo observado. Llevará más tiempo que otras técnicas y existirá el riesgo de distorsionar los hechos, sin embargo, esta desventaja se controlará con la aplicación de procedimientos rutinarios.

Para la medición de la variable independiente “Aplicación de la técnica de venoclisis” se utilizará como instrumento una lista de cotejo, estructurada que se formulará de acuerdo con los indicadores seleccionados para medir la variable en estudio. Dispondrá de treinta de Ítems a observar, todos con alternativa de respuesta “SI/NO” en relación Sí es Correcta o No es Correcta la aplicación de la técnica de venoclisis. Las respuestas dicotómicas permiten que los datos sean de fácil medición y cuantificables, breves y fáciles de comprender. Sobre la base teórica que fundamenta Duilio Gomis en “Manual de Enfermería, teoría + práctica” sexta edición, 2020 se confecciona una lista de cotejos con los indicadores que forman parte de la técnica de venoclisis.

Con respecto a la variable independiente “Antigüedad en la profesión” se le preguntará a cada uno de los profesionales de enfermería, y esa información se adjuntará en la lista de cotejo para observar la variable “Aplicación de la técnica de venoclisis”.

Asimismo, la medición de la variable dependiente “Aparición de Flebitis” se realizará a partir de la escala de Maddox, validada por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 2015. Proyecto Piloto Multicéntrico. Estrategia multifactorial “Flebitis Zero”,

en las posteriores 24hs a la aplicación de la técnica de venoclisis. Se podrá calificar en una lista de cotejo, lo observado con una escala creciente de 1 a 5, donde a mayor calificación aumenta el riesgo de aparición de flebitis.

El control de la validez interna para el instrumento, es la prueba piloto. Dicha prueba fue realizada, en poblaciones con similares características que no se incluirán en la población en estudio. Se llevó a cabo en la sala de guardia, en el sector de pre internación, del efector provincial de Cañada de Gómez realizando una observación en cinco enfermeros, de distintos turnos y cinco pacientes hospitalizados que poseía indicación de venoclisis. En ella se comprobó que los instrumentos utilizados para la recolección de datos son estables, en las listas de cotejo el orden de los ítems de observación permite de manera dinámica llevar a cabo el proceso que amerita la técnica.

Con el fin de minimizar las amenazas a la validez interna se planificarán acciones para evitar factores intrínsecos y extrínsecos que puedan afectar a la investigación. Para los primeros, la Historicidad, los participantes observados experimentarán los mismos eventos; Maduración, se evitarán acciones que puedan modificar la conducta del personal de enfermería al momento en que se aplicará la técnica de venoclisis. Con respecto a los segundos factores, para las condiciones ambientales se procurará que las condiciones dentro de las cuales se recabarán los datos sean similares para todos los participantes.

Personal a cargo de la recolección de datos

El equipo encargado para la recolección de datos estará formado por ocho enfermeros profesionales, ajenos al área a investigar, uno por cada turno, de seis horas cada uno, garantizando de este modo la cobertura del servicio y el descanso de cada asistente, día por medio.

El acompañamiento será durante el término de 41 días hábiles, observando al menos una aplicación de la técnica por enfermero, y todas las que realice durante el periodo observado.

Previamente recibirán el adiestramiento correspondiente, a través de dos encuentros semanales el mes previo a la realización del estudio, en los que se entrenará sobre el manejo del instrumento y las correspondientes especificidades del estudio en cuestión. Permitiendo así la interacción entre la autora del trabajo quien liderará el proceso investigativo y los colaboradores, tratando así de evitar cualquier tipo de error al momento en que realizará la recolección de datos, de esta forma se garantizará el control de validez interna.

Plan de Análisis

En este trabajo investigativo, la técnica de estadística aplicada será descriptiva debido a que según Hernández-Sampieri y otros (2014) sirve para describir y sintetizar los datos, brindando las principales propiedades y características de los fenómenos que se están estudiando.

Se procederá a la tabulación de los datos a través del programa Microsoft Excel, luego los datos serán transferidos a una matriz, para proceder a sus análisis.

Con respecto a los tipos de análisis que se van a emplear, serán: Univariado, ya que describirá los comportamientos de cada una de las variables, se utilizará como herramienta la Frecuencia relativa y absoluta, las cuales se representarán en gráficos circulares; Bivariado, debido a que realizará la descripción de la relación entre dos variables, antigüedad en la profesión y aparición de flebitis, y Multivariado, debido a que describirá las relaciones entre las tres variables. Para estos se utilizará como herramienta la prueba de Chi-Cuadrado puesto que la misma pone a prueba las variables según se hayan planteado objetivos e hipótesis. Con el fin de representarlos se confeccionarán tablas de contingencias

La reconstrucción de las variables quedará de la siguiente forma:

“Aplicación de la técnica de venoclisis” cualitativa, simple, escala de medición nominal. La codificación de las respuestas se realizará de la siguiente forma: “Correcta” o “No Correcta”. Se considerará correcta cuando se cumplan los 30 ítems planteados, será considerada “no correcta” desde cuando aplique menos de 30 ítems planteados. Es decir: Correcta: 30 puntos; No Correcta: menos de 30 puntos.

“Antigüedad en la Profesión”, cuantitativa continua, independiente, escala de medición razón.

“Aparición de Flebitis” cualitativa simple, dependiente, escala de medición nominal, y se representara en un gráfico circular. Su reconstrucción será utilizando el estándar para la aparición de flebitis, la cual se codificará asignando a cada indicador el valor de 1 punto, así la suma de cada signo representaría la aparición y severidad en cada estadio. El estado avanzado de la flebitis estaría indicado por una puntuación de 5 puntos y 0 representaría sin signos de flebitis. La aparición de flebitis es de forma progresiva, de manera tal que no se podrían obviar la presencia de ningún signo ya que la suma de todos ellos indica la gravedad. Se evaluará de la siguiente

forma: eritema = 1 punto; dolor = 1 punto; calor = 1 punto; hinchazón = 1 punto; cordón venoso = 1 punto.

Quedando la reconstrucción de la siguiente forma:

0. Sin signos de flebitis.
1. Posible signo de flebitis.
2. Inicio de flebitis
3. Etapa media de flebitis.
4. Avanzado estado de flebitis
5. Tromboflebitis.

Consideraciones Bioéticas

Para la realización de este trabajo investigativo se tendrán en cuenta los principios bioéticos de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

Con respecto al principio de Autonomía, los participantes podrán actuar libremente sin ser influenciados por condiciones externas, es decir, libres de coerción.

El consentimiento informado se obtendrá por el mismo paciente, exceptuando a que el mismo no se encuentre en condiciones de realizar su firma, de este modo podrá realizarlo un familiar o tutor.

Por su parte el personal de enfermería contará con un consentimiento informado, en el cual se respetan sus derechos en el desempeño de su trabajo. Los datos obtenidos serán compartidos en el anonimato con el fin de proteger su identidad, asimismo podrá abstenerse de realizar la investigación si lo consideran necesario.

Para respetar el principio Bioético de Beneficencia, teniendo en cuenta de que los actos deben tener la intención de producir un beneficio y que estos deberán superar los riesgos o efectos indeseables que se puedan causar a los participantes, en esta investigación no se expondrán a daños físicos ni psicológicos. El beneficio de este trabajo, se refiere a la obtención de conocimientos acerca de la problemática de estudio.

En cuanto el principio Bioético de No Maleficencia, se fundamentará en la máxima “No Dañar”, el personal de enfermería no se juzgará ni se pondrá en tela de juicio su profesionalismo.

Con respecto al paciente se garantizará el correspondiente secreto profesional, el máximo nivel de intimidad y la protección a la integridad.

Con el fin de resguardar el principio Bioético de Justicia, para la selección de ambas poblaciones de estudio, se respetarán los derechos de manera equitativa dentro de los criterios de inclusión y exclusión y se mantendrá en reserva absoluta los datos personales de cada uno de ellos asignándole un código personal.

Cronograma de actividades

Actividades	TIEMPO DE DURACION					
	Primer semestre 2024					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Recolección de datos	X	X				
Agrupación de datos			X			
Análisis de datos recolectados			X			
Elaboración de resultados				X		
Redacción del informe final					X	
Difusión de los resultados						X

Referencias bibliográficas

- Almeida ACN de, P. M. (2022). Eficacia de una intervención educativa para la prevención de las complicaciones del cateter venoso periférico. *Cogitare Enferm*, 27.
<https://www.scielo.br/j/cenf/a/FD3SPWDP9pVxbZtqvKhgmbc/?format=pdf&lang=es>
- Benítez R, C. L. (2022). El Adulto y los Espacios de Intervención. En *Cuidado Enfermero Al Adulto Joven y Maduro* (págs. 13-39). Escuela de Enfermería Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario.
- Brykczynski. (2011). Cuidado, Sabiduría clínica y Ética en la Práctica de la Enfermería. En T. A. Alligood Martha, *Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima Edición* (págs. 137-164). ELSEVIER.
- Coffman. (2011). Teoría de la Atención Burocrática. En T. A. Alligood Martha, *Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima Edición* (págs. 113-136). Barcelona, España: ELSEVIER.
- Cortés, O. L. (2022). Evaluation of Indicators of a Vascular Access Device Program led by Nursing Professionals in a High-complexity University Hospital in Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(1).
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n1e>
- Cosme Mendoza, M. F.-L.-R. (2022). Factores mecánicos y químicos presentes en pacientes oncológicos hospitalizados con flebitis. *Ciencia y Enfermería*, 28(12).
<https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v28/0717-9553-cienf-28-12.pdf>
- Duhua M, P. V. (2022). *Procedimiento de Inserción y Cuidado del Catéter Venoso Periférico*. Ministerio de Salud Argentina.
- Ferraz-Torres, M. C.-T.-O.-M. (2021). Estudio experimental aleatorizado para la evaluación de la efectividad del proyecto Flebitis Zero en Navarra. *An.Sist. Sanit. Navar*, 44(3), 417-426. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v44n3/1137-6627-asisna-44-03-417.pdf>
- Gomis, D. &. (2020). Acceso Venosos Periféricos. En D. &. Gomis, *Manual de Enfermería Teoría + Práctica, sexta edición* (págs. 353-364). Librería Akadia Editorial.
- González-Valdés, A. &. -R.-O.-Á. (2020). Uso de catéteres venosos periféricos y prevalencia de flebitis en un hospital de cuidados secundarios de La Habana. *Revista Hospital Juárez de México*, 87(10). https://www.revistahospitaljuarez.com/frame_esp.php?id=44
- Hernández-Sampieri, R. F.-C.-L. (2014). *Metodología de la Investigación. Sexta Edición*. México: McGraw-Hill Interamericana.

- Martínez Ortega C., S. M. (2019). *Prevención de complicaciones relacionadas con accesos vasculares de inserción periférica. Programa Flebitis Zero*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
https://www.resistenciaantibioticos.es/sites/default/files/documentos/programa_flebitis_zero.pdf
- Pineda, E. &. (2008). *Metodología de la Investigación. Tercera Edición*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Pol-Castañeda, S. R.-C.-G.-M.-L.-C. (2022). Impacto de las enfermeras de práctica avanzada en unidades hospitalarias en el cumplimiento de las guías de práctica clínica: un estudio cuasiexperimental. *Enfermería BMC*, 21(1), 1-10.
- Rodríguez, G. (2023). Entrevista al Dr. Rodríguez Gonzalo, Director del Hospital de Cañada de Gómez. (V. Triscari, Entrevistador)
- Saavedra, G. S. (2019). Evaluación del procedimiento instalación de la terapia endovenosa periférica, realizado por el personal de Enfermería. En E. A. Ortiz Trejo Perla, *Investigación en Salud, Enfermería y Educación. COMPILACIÓN DE ESTUDIOS* (págs. 225-232). Taberna Librería Editores.
- Simões, A. V. (2022). Factores de Riesgo de Flebitis periférica relacionada con catéter intravenoso en pacientes adultos. *Revista da Escola de Enfermagem*, 10, 56.
<https://www.scielo.br/j/reusp/a/LccxWRW6JScJZqV3DyFSLTD/?format=pdf&lang=pt>

ANEXOS

ANEXO I

Aval institucional



-----Quien suscribe, Profesora, Mg. Rosana Nores, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que TRISAR VANEY..... es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Por lo que para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera la estudiante deberá en primer lugar entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información que le permita tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería-----

-----A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 06 de Octubre de 2023.

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr Tel.
341 4804558 Fax 341
4804569
www.fmedic.unr.edu.ar



Rosana Nores
Rosana Nores
Prof. Asoc.
Esc. de Enfermería
FCM UNR

Virginia Santamaría
LIC. VIRGINIA
SANTAMARÍA
MAT.3636

ANEXO II

Operacionalización de las variables

Variable 1: “Aplicación de la técnica de venoclísis”

Tipo: cualitativa simple; Función: independiente; Escala de medición: nominal

Definición conceptual: es el empleo o puesta en práctica de un conocimiento o principio, a fin de conseguir un determinado fin. En esta investigación la puesta en práctica del conocimiento de la técnica de venoclísis. Esta misma es aquella en la que se utiliza una vena superficial canalizada por aguja o catéter y utilizada para la perfusión de líquidos no agresivos, y de cantidad y duración limitada. (Gomis, D., & Kordi, S. 2020)

Técnica de venopunción periférica

1. lavado de manos
2. Preparación del equipo
3. Lavado de manos
4. Evaluación de antecedentes alérgicos a las soluciones antisépticas
5. Evaluación de las condiciones físicas del paciente: contextura, piel, anatomía venosa
6. Explicación al paciente el procedimiento y finalidad del mismo
7. Instrucción al paciente y familia sobre signos y síntomas que deben ser informados al enfermero/a
8. Ubicación del paciente
9. Colocación del frasco con la solución colgada por lo menos a 60cm sobre la altura del sitio de venopunción.
10. lavado de manos
11. colocación de guantes limpios.
12. Selección el sitio de punción
13. Colocación del lazo hemostático próximo al sitio de punción elegido
14. Palpación de la vena
15. Pedir al paciente que abra y cierre la mano varias veces.
16. Limpiar la zona friccionando con el apósito preparado con alcohol
17. Limpiar la zona friccionando con el apósito preparado con solución de Iodopovidona

18. Estiramiento de la piel por debajo del sitio de punción utilizando el pulgar de la mano no dominante
19. Introducción de la aguja punzando la piel en paralelo al recorrido de la vena en un ángulo de 30° y con el bisel hacia arriba
20. Obtención del retorno de sangre en la cámara del catéter, avanzar el catéter y retirar simultáneamente la aguja guía
21. Oclusión del flujo sanguíneo haciendo presión con el dedo pulgar sobre la vena en el sitio donde se localiza la punta del catéter
22. Aflojar el lazo
23. Desechar la aguja guía en el recipiente descartador
24. Conexión del equipo con la solución a infundir.
25. Comprobación que el líquido fluya libremente/ permeabilidad del catéter
26. Fijación del catéter con tela adhesiva antialérgica
27. lavado de manos
28. Rotulación del equipo de infusión con la fecha, hora, calibre del catéter y velocidad de goteo.
29. Registro en la hoja de enfermería el procedimiento realizado, complicaciones, respuesta del paciente, medicación administrada.
30. Dejar al paciente confortable
31. Retiro la bandeja de medicación con el material sobrante.

Variable 2: Antigüedad en la profesión

Tipo: cuantitativa continua; Función: independiente; Escala de medición: de razón

Definición operacional: se refiere al tiempo que ha transcurrido desde el egreso de la formación Universitaria o Técnica, hasta la actualidad. Este dato se obtendrá mediante la interrogación a la/el enfermera/o y se medirá en años y meses.

Variable 3: Aparición de flebitis

Tipo: cualitativa simple

Función: dependiente

Escala de medición: nominal.

Definición conceptual: Inflamación de una vena por alteración del endotelio vascular. En el caso de la flebitis las plaquetas migran a la zona lesionada formándose un trombo alrededor de la punta del catéter. Los signos y síntomas característicos incluyen: dolor, eritema (enrojecimiento de la zona), calor local (quemazón), hinchazón, la vena adquiere un aspecto de cordón ante la palpación, dato que se recogerá mediante la observación del sitio de punción. (Gomis, D., & Kordi, S. 2020)

Indicadores:

- Dolor
- Eritema
- Calor
- Hinchazón
- Cordón palpable

Instrumento de recolección de datos

Lista de cotejo para la observación y medición de la variable “Aplicación de la técnica de venoclisis” El observador indique si se realizó o no una conducta con una X

Fecha:		
Enfermero:		
Antigüedad en la profesión:		
Número de aplicación de venoclisis:		
Técnica de aplicación de venoclisis	S	NO
	I	
1. Realiza lavado de manos antes de preparar los materiales necesarios en la bandeja		
2. Prepara el equipo necesario para la venoclisis en la bandeja (catéteres de diferentes tamaños, lazo hemostático, guantes, apósitos de algodón preparados con alcohol, apósitos preparados con solución Iodopovidona, tela adhesiva hipoalérgica, recipiente para residuos orgánicos, descartador, Sachet de líquido prescrito con la tubuladura que corresponde previamente purgada)		
3. Lavado de manos		
4. Evalúa antecedentes alérgicos a las soluciones antisépticas		
5. Evalúa las condiciones físicas del paciente: edad, contextura, piel, anatomía venosa		
6. Explica al paciente el procedimiento y finalidad del mismo.		
7. Instruye al paciente y familia sobre signos y síntomas que deben ser informados al enfermero/a		
8. Ubica al paciente en una posición tal que la extremidad seleccionada para la colocación de la venoclisis permanezca en una superficie firme y plana		
9. Coloca el frasco con la solución colgado por lo menos a 60cm sobre la altura del sitio de venopunción.		
10. Realiza lavado de manos y colocación de guantes limpios		
11. selecciona sitio de punción		
12. coloca lazo hemostático próximo al sitio de punción elegido		
13. Palpa la vena		
14. Pide al paciente que abra y cierre la mano varias veces		
15. Limpia la zona friccionando con el apósito preparado con alcohol		
16. Limpia la zona friccionando con el apósito preparado con solución de Iodopovidona		
17. Estira la piel por debajo del sitio de punción utilizando el pulgar de la mano no dominante		
18. Introduce aguja punzando la piel en paralelo al recorrido de la vena ligeramente recostado en un ángulo de 30° y con el bisel hacia arriba		
19. Al obtener retorno de sangre, avanza el catéter y retira simultáneamente la aguja guía.		
20. Ocluye por un momento el flujo sanguíneo haciendo presión sobre la vena en el sitio donde se localiza la punta del catéter.		
21. Afloja el lazo		
22. Desecha la aguja guía en el recipiente descartador		
23. Conecta el equipo con la solución a infundir		
24. comprueba que el líquido fluya libremente/ permeabilidad del catéter		
25. Fija la venoclisis con tela adhesiva hipoalérgica		
26. Retira los guantes y realiza lavado de manos		
27. Rotula el equipo de infusión con la fecha, hora, calibre del catéter.		
28. Registra en hoja de enfermería el procedimiento realizado, complicaciones, respuesta del paciente, medicación administrada		
29. Deja al paciente confortable		
30. Retira la bandeja de medicamentos con el material sobrante.		

Lista de cotejo para la medición de la variable “Aparición de Flebitis”

Se deberá aplicar un número del 1 al 5 según la valoración del sitio de punción. Se utilizará la escala de Maddox, adaptada para la observación de flebitis.

Número de paciente:	P U N T U A C I O N	O B S E R V A C I O N	
Fecha:			
Hora:			
Referencias			
Muy Alto			5
Alto			4
Moderado			3
Medio			2
Bajo	1		
Ninguno	0		
0- sin dolor, eritema, hinchazón ni cordón palpable en zona de incisión.		Sin signos de flebitis. Observe sitio de inserción.	
1- dolor, sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable.		Posible signo de flebitis. Observe inserción	
2- dolor con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción		Inicio de flebitis. Retire el catéter	
3- dolor con eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón palpable en zona de punción.		Etapa media de flebitis. Retire catéter y valore el tratamiento	
4- dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable < 6cm por encima del sitio de inserción		Avanzado estado de flebitis. Retire catéter y valore el tratamiento	
5- trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión		Tromboflebitis Retire el catéter e inicie el tratamiento.	

Consentimiento informado para personal de enfermería

Yo _____ DNI

: _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Aplicación del técnica de venoclisis, relacionada con la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes que se encuentran internados en la sala general de un Hospital de dependencia Provincial de la ciudad de Cañada de Gómez durante el primer bimestre del año 2024”, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Entiendo que este estudio busca determinar la relación que existe entre la aplicación de la técnica de venoclisis, según la antigüedad en la profesión y la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes y sé que mi participación se llevará a cabo en el Hospital de Cañada de Gómez, y consistirá en ser observada durante el desempeño de mis actividades profesionales. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que los datos recolectados no podrán ser conocidos por otras personas ni tampoco ser identificados en la fase de publicación de resultados. He sido informado que no será cuestionada mi pericia, ni se evaluará mi capacidad en el desempeño de mis funciones. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución económica por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma

Aclaración

Fecha:

Si tengo alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio sé que puedo comunicarme con Triscari Vanesa, Directora y Autora del Estudio, vanetrisca@gmail.com, T.E3471501022.

Consentimiento informado para el paciente

Yo _____ DNI:

_____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Aplicación del técnica de venoclísis, relacionada con la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes que se encuentran internados en la sala general de un Hospital de dependencia Provincial de la ciudad de Cañada de Gómez durante el primer bimestre del año 2024”, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Entiendo que este estudio busca determinar la relación que existe entre la aplicación de la técnica de venoclísis, según la antigüedad en la profesión y la aparición de flebitis en pacientes adultos jóvenes y sé que mi participación se llevará a cabo en el Hospital de Cañada de Gómez, y consistirá en ser observada durante el desempeño de mis actividades profesionales. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que los datos recolectados no podrán ser conocidos por otras personas ni tampoco ser identificados en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución económica por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Aclaración:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Triscari

Vanesa, Directora y Autora del Estudio, vanetrisca@gmail.com, T.E 3471501022.

ANEXO III

Técnica de Acceso Venoso Periférico. Gomis, D. &. (2020) págs. 356-358.

Evaluación del paciente.

Determinar si el paciente se encuentra sometido a tratamiento con anticoagulantes trombolíticos o si padece discrasias sanguíneas, ya que podrían aumentar el riesgo de hemorragias o formación de hematomas en el sitio de punción. Evaluar antecedentes alérgicos a las soluciones antisépticas, como así también antecedentes de fístulas, mastectomía, vaciamiento ganglionar, trombosis celulitis o lesiones neuro- musculares, para evitar insertar la vía intravenosa en las extremidades afectadas por tales condiciones y eliminar el riesgo de posibles complicaciones. Evaluar las condiciones físicas del paciente: edad, contextura, piel y anatomía venosa, con el fin de seleccionar el catéter y el sitio de inserción adecuados. Los catéteres de calibre pequeños son menos traumáticos (20G- 22G). Para catéteres de grueso calibre (18G a 14G) se deben elegir venas anatómicas adecuadas. Se deben evitar siempre áreas edematizadas, con hematomas, infección, venas muy pequeñas, esclerosadas o tortuosas, porque dificultan la inserción de la vía intravenosa y contribuyen a complicaciones.

Procedimiento

- Explicar al paciente el procedimiento y la finalidad del mismo, lo cual ayuda a disminuir la ansiedad, aumenta la cooperación y evita riesgo de movimientos accidentales durante el procedimiento.
- Instruir al paciente y familiares sobre los signos y síntomas que deben ser informados al enfermero /a con el fin de reconocer posibles complicaciones relacionadas con la vía intravenosa (quemazón, tumefacción, dolor o incomodidad).
- Ubicar al paciente en una posición tal que la extremidad seleccionada para la colocación de la vía intravenosa permanezca en una superficie firme y plana (la posición debe ser cómoda tanto para el paciente como para el personal de enfermería que realiza el procedimiento).
- Colocar al paciente en posición supina con la cabeza ligeramente elevada y los brazos a los costados. La posición apropiada aumenta la accesibilidad al sitio de punción y la comodidad del paciente.
- Extender la extremidad superior elegida para la punción hasta que forme una línea recta del hombro a la muñeca.
- Realizar el lavado de manos y colocarse guantes limpios. Esto disminuye la transmisión de microorganismos patógenos (medidas de bioseguridad). Una técnica defectuosa del lavado de manos puede causar contaminación cruzada.

- Seleccionar el sitio de punción, utilizando la rama más distal de la vena seleccionada. Un principio general es comenzar de la zona distal a la proximal. De esta forma si posteriormente se presenta un problema venoso en el sitio de punción, puede utilizarse una zona más alta de la extremidad.
- Colocar el lazo hemostático (torniquete) próximo al sitio de punción elegido. Este debe ajustarse de manera tal que pueda ser aflojado con solo tirar de su extremo. El torniquete impide el retorno venoso hacia el corazón produciendo ingurgitación venosa. La correcta aplicación del lazo permite quitarlo con rapidez utilizando una sola mano. No se debe presionar demasiado el lazo, pues se puede obstruir el flujo sanguíneo arterial; éste puede constatarse palpando el pulso.
- En el caso de ancianos y niños el torniquete debe ser aplicado suavemente o utilizar los dedos como tal, ya que puede dañar la vena al momento de la inserción del catéter. En casos de venas tortuosas o esclerosadas, el lazo puede aumentar la presión venosa y provocar la ruptura de la misma.
- Palpar la vena utilizando los dedos índice y medio de la mano no dominante, ya que estos poseen mayor sensibilidad que los de la mano dominante. Una vena sana se palpa suave, elástica y resistente.

Algunas alternativas para facilitar la ingurgitación y visualización venosa son las siguientes:

- Pedir al paciente que abra y cierre la mano varias veces.
- Dar golpecitos suaves en la piel por encima del área de punción dejando que el brazo caiga en péndulo por debajo del nivel del corazón.
- Aplicar compresas tibias a lo largo del brazo o en el sitio de inserción 10 minutos antes de la aplicación del lazo.
- Realizar masajes en dirección del flujo sanguíneo.

Preparación de la piel con solución antiséptica

Primero se limpia la zona friccionando mediante movimientos circulares de adentro hacia afuera utilizando el apósito preparado con alcohol. Luego una vez seca el área, se limpia del mismo modo utilizando el apósito preparado con solución yodopovidona. La combinación de soluciones refuerza las acciones antimicrobianas evitando que la flora potencialmente infecciosa de la piel se

introduzca en el vaso venoso durante la punción. La solución antiséptica se debe dejar actuar por un mínimo de 30 segundos para producir la muerte química microbiana. Si es necesario volver a palpar el área luego de la limpieza, ésta debe ser realizada con guantes estériles o se debe limpiar nuevamente la zona antes de la punción. No utilizar alcohol después de la aplicación de iodopovidona, puesto que éste inactiva el efecto residual del yodo. En el caso de utilizar lidocaína o alguna crema anestésica con el fin de disminuir la sensibilidad de la zona a punción, se debe dejar actuar por un lapso 5 a 15 minutos antes de realizar el procedimiento

Técnica de punción

Estirar la piel por debajo del sitio de punción utilizando el pulgar de la mano dominante. Esto inmoviliza la vena facilitando la inserción. Introducir la aguja punzando la piel en paralelo al recorrido de la vena ligeramente de costado en un ángulo de 30 ° y con el bisel hacia arriba. Esto ocasiona menor dolor y la incomodidad es leve

La aguja se introduce hasta encontrar resistencia, luego se reduce el ángulo para evitar traspasar la pared posterior de la vena. Al obtener retorno de sangre en la cámara del catéter (cámara de retroceso), se avanza el catéter y se retira simultáneamente en la aguja guía. Esto confirma la entrada total del catéter en vena

Se ocluye por un momento el flujo sanguíneo haciendo presión con el dedo pulgar sobre la vena en el sitio donde se localiza la punta del catéter (para limitar la salida de sangre), se afloja el lazo (torniquete) para disminuir el riesgo de ruptura de la vena, se desecha inmediatamente la aguja en el recipiente descartador y se conecta el equipo con la solución a infundir. (la guía del equipo de venoclisis debe ser purgada con la solución a infundir antes de la conexión para evitar la presencia de aire en la misma)".

Colocar la solución a infundir en un soporte o trípode a una altura adecuada por encima de la línea del paciente, el líquido bajara por gravedad.

Una vez realizada la conexión se ajusta la velocidad de infusión al ritmo establecido o al ritmo normal de 7 gotas / minuto hasta el establecimiento de la velocidad prescrita según orden médica. Comprobar que el líquido fluye libremente, cubrir con el apósito y fijar el catéter con cinta adhesiva hipoalergénica, esto evita el acceso temprano de los microorganismos al torrente sanguíneo e inmoviliza al catéter. El médico indica el ritmo de flujo, pero es el enfermero/a quien

tiene la responsabilidad de regular y conservar el ritmo adecuado según el estado del paciente, edad, tolerancia a las soluciones y medicamentos administrados.

Rotular el equipo de infusión con la fecha, hora, calibre del catéter y velocidad de goteo. Esto evitará errores de comunicación entre el equipo de salud.

Registrar en la historia clínica (hoja de enfermería) el procedimiento realizado, complicaciones, respuesta del paciente, medicación administrada y detalles importantes.

Evaluar el sitio de la venopunción y de la solución que se infunde por lo menos una vez por turno. Esto permite descubrir posibles complicaciones.

Realizar la curación y cambio del vendaje del sitio de inserción cada 48hs, o antes, si el apósito se humedece o está en mal estado. Esto permite observar el lugar de inserción del catéter. Realizar el cambio del catéter y sitio de venopunción cada 48hs a 72hs, o antes, si se presentan signos y síntomas de dolor, frío, palidez, eritema o inflamación del sitio de punción. La permanencia del catéter colocado por períodos mayores a 72hs incrementa el riesgo de infección. En caso de utilizar un vaso sanguíneo de la fosa antecubital, colocar una férula para inmovilizar.