

84



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"CUIDADO DE LAS REACCIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES
CON CATÉTER VENOSO CENTRAL Y APOSITOS
TRANSPARENTES"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MARTINEZ GONZALEZ MA. DEL PILAR

No. de Cuenta: 9661873-4

DIRECTOR DE TESIS

MAESTRO. JULIO HERNANDEZ FALCON



México D.F.

OCT. 2000.

286996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEÓRICO	2
	2.1 Antecedentes Históricos	2
	2.2 Anatomía y fisiología de los accesos vasculares	4
	2.3 Técnicas de instauración de catéteres venosos	7
	2.4 Complicaciones secundarias a la instalación	8
	2.5 Tipos de aposito para la fijación del catéter	8
	2.6 Complicaciones infecciosas relacionadas al catéter	11
	2.7 Factores que contribuyen al desarrollo de las infecciones	13
	2.8 Patogénesis de la infección	15
	2.9 Papel de la enfermera en el cuidado de los a catéteres	17
	2.10 Marco Legal	18
III.	MATERIAL Y MÉTODO	20
	3.1 Justificación	20
	3.2 Objetivos	22
	3.3 Planteamiento del Problema	22
	3.4 Hipótesis	23
	3.5 Variables Estudio	24
	3.6 Universo de estudio	24
	3.7 Unidad de Observación	24
	3.8 Criterios de Inclusión	25
	3.9 Muestra	25
	3.10 Validez y Confiabilidad	26
	3.11 Análisis Estadístico	26
IV.	RESULTADOS	27
	4.1 Datos generales	27
	4.2 Instalación de catéter por servicio	29
	4.3 Características del catéter.....	30
	4.4 Infección relacionada al catéter.....	33
	4.5 Características del Parche.....	38
	4.6 Cuidados del catéter por enfermería.....	40
	4.7 Presencia de laceración en Piel.....	44
	4.8 Confort del parche.....	47

V.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
VI.	CONCLUSIONES.....	52
VII.	PROPUESTAS.....	53
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	54
IX.	ANEXOS.....	56
X.	GLOSARIO	58

INDICE DE CUADROS

1).	Datos generales.....	27
	Cuadro # 1 Distribución por sexo.....	27
	Cuadro # 2 Distribución por edad.....	28
2).	Instalación de Catéteres por servicio.....	29
	Cuadro # 3 Distribución por servicios.....	29
3).	Características de los catéteres.....	30
	Cuadro #4 Motivo de Instalación.....	30
	Cuadro #5 Sitio de Inserción.....	30
	Cuadro #6 Técnica de Inserción.....	31
	Cuadro #7 Numero de Lumen.....	31
	Cuadro #8 Motivo de retiro.....	32
4).	Infecciones relacionadas al Catéter	
	Venoso Central.....	33
	Cuadro #9 Infecciones relacionadas a catéter	33
	Cuadro #10 Días Catéter.....	34
	Cuadro #11 Cultivo de Catéter.....	35
	Cuadro #12 Germen Reportado.....	36
	Cuadro #13 Tipo de infección.....	37
5).	Características de los parches	
	Transparentes.....	38
	Cuadro #14 Tipo de parche.....	38
	Cuadro #15 Aposito limpio.....	38
	Cuadro #16 Aposito intacto en piel.....	39
	Cuadro #17 Gasa Húmeda.....	39
6).	Cuidados del catéter por el personal de enfermería.....	40
	Cuadro #18 Categoría de la enfermera.....	40
	Cuadro #19 Frecuencia de cambio.....	40
	Cuadro #20 Aplicación del parche.....	41
	Cuadro #21 Protección del parche.....	41
	Cuadro #22 Utilización de alcohol	42
	Cuadro #23 Reacciones en piel.....	42
	Cuadro #24 Tipo de laceración.....	43

7).	Presencia de laceraciones en piel.....	44
	Cuadro # 25 Laceración en piel.....	44
	Cuadro # 26 Tipo de lesión.....	45
	Cuadro # 27 Tiempo de Aparición de la lesión.....	46
8).	Comodidad del Parche.....	47
	Cuadro #28 Comodidad del parche.....	47
	Cuadro #29 Molestia al despegar.....	48

ÍNDICE DE GRAFICAS

1).	Grafica #1 Distribución por sexo	27
2).	Grafica #2 Técnica de Inserción.....	31
3).	Gráfica #3 Número de infecciones	33
4).	Grafica #4 Cultivo de catéter.....	35
5).	Grafica #5 Protección del parche.....	41
6).	Grafica #6 Reacciones en piel.....	42
7).	Grafica #7 Laceración en piel.....	44
8).	Grafica #8 Comodidad del parche.....	47

DEDICATORIAS:

A Dios por todo su amor y compañía.

A mi madre por todo su apoyo incondicional.

A Esther toda mi admiración, respeto y gratitud por su apoyo y enseñanza.

Al Maestro Julio Hernández Falcón por todo su apoyo y comprensión para la culminación de este trabajo.

Gracias a todos los pacientes que hicieron posible este trabajo.

Mi más sincero RECONOCIMIENTO a todos los docentes formadores de ENFERMERAS.

Mi agradecimiento al Departamento de Enfermería y Coordinación de Enseñanza del Hospital Juárez de México por el apoyo brindado.

A todos mis amigos gracias.

RESUMEN

“Cuidado de las Reacciones Cutáneas en Pacientes con Catéter Venoso Central y Apósitos Transparentes.” Enf. María del Pilar Martínez González.

Introducción: El cuidado que se le debe proporcionar a un Catéter Venoso Central (CVC) o cualquier vía intravenosa, por el personal de enfermería es sumamente importante para la prevención de complicaciones infecciosas y otras como son la presencia de laceraciones en piel por el uso de parches transparentes o gasa y tela adhesiva. Dentro los cuidados que se le proporcionan a éste es la protección del sitio de inserción, el cuál es considerado por algunos autores como la vía de entrada de microorganismos al torrente sanguíneo, por ello es importante enfatizar en los cuidados de enfermería con la protección del sitio de inserción la cual se puede efectuar con gasa y tela adhesiva o con apósitos transparentes.

Objetivo: Evaluar el cuidado de enfermería ante la pérdida de la integridad cutánea en pacientes con Catéter Venoso Central. **Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo longitudinal y observacional, para la obtención de la información se aplicó una guía de observación a pacientes hospitalizados con CVC y una encuesta al grupo de enfermeras para conocer el manejo que se le proporciona al catéter, en ambas se evaluó el manejo del catéter y la presencia de laceraciones en piel así como la presencia de proceso infeccioso secundario al manejo del catéter. Para su análisis estadístico se elaboraron cuadros y graficas confrontándose la información con el marco teórico. **Resultados:** De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que la presencia de laceraciones en piel, posterior al uso de apósitos transparentes, se presentó en 22 pacientes con un 33% mientras que el resto de los pacientes (44) correspondió a un 67%. Dicha laceración estuvo asociada a la irregularidad en cuanto al cambio de parche que se dio en 19 pacientes con un 29%, este cambio se efectuó cada 24 horas por turno o dos veces en 24 horas, sin tener alguna justificación aparente, otro factor fue el desprendimiento del parche para efectuar la curación del catéter ya que el 80% de las enfermeras no remueven con alcohol el parche previo desprendimiento y esto favorece al rompimiento de la piel en el momento de despegar el parche. Como se puede observar la proporción de laceraciones fue de 1:2 debida a la irregularidad temporal del cambio y remoción del apósito transparente, siendo significativo ya que representa aproximadamente la 3ra parte de la muestra. En lo que respecta a la presencia de proceso infeccioso esta se encontró en 8 de los 66 pacientes estudiados correspondiéndoles un 12%, de estos 4 presentaron dos eventos de infección a la vez que fueron: infección del sitio de inserción y bacteremia secundaria con un 6%, posteriormente en 4 pacientes se reportó cultivo positivo de punta de catéter sin tener datos clínicos de infección determinándose como colonización de catéter la cual no se consideró como infección. **Conclusiones:** En base a los resultados obtenidos en este trabajo se concluye que existen problemas en cuanto al cuidado del catéter que le proporciona la enfermera, sobre todo en el cambio del parche, favoreciendo así la presencia de laceración en piel. Por otro lado es importante la vigilancia que este requiere para detectar tempranamente complicaciones secundarias.

I. INTRODUCCION

Los cuidados que se proporcionan a un Catéter Venoso Central (CVC) o cualquier vía intravenosa, por el personal de enfermería es importante para la prevención de complicaciones secundarias como infecciosas o la presencia de laceraciones en piel por el uso de parches transparentes o gasa y tela adhesiva. Durante el tiempo de permanencia del catéter es necesario realizar una serie de cuidados que abarca desde la preparación del paciente, la ejecución del procedimiento y la vigilancia del catéter, este ultimo como parte fundamental para detectar oportunamente complicaciones que pongan en riesgo la salud del individuo o simplemente la adquisición de una infección hospitalaria.

En el Hospital Juárez de México se ha presentado laceraciones en piel secundario al uso de apositos transparentes observándose de forma repetida en pacientes los cuales puede favorecer a una migración de microorganismos a partir de una lesión en piel (cercana al sitio de inserción) y provocar el inicio de un proceso infeccioso. Por tal motivo se realizó el presente trabajo de investigación con un diseño longitudinal, descriptivo, observacional y analítico sobre *"Cuidado de las Reacciones Cutáneas en Pacientes con Catéter Venoso Central y Apositos Transparente s"*. La organización se expone en cuatro puntos que son: I. Introducción, II Marco Teórico, III. Material y Método y IV Resultados por ultimo bibliografía y anexos complementarios.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La introducción de dispositivos de plástico para la terapéutica intravenosa inicio desde hace 50 años, supliendo así las agujas metálicas. Siendo los principales pioneros en esto los siguientes médicos investigadores.

Fritz Bleiechoroeder en 1905, fue el primero en realizar estudios experimentales, sobre la aplicación de catéteres a través de arterias y venas en perros sin ninguna guía radiológica e incluso en sus propias venas. Su experimento sirvió para comprobar que era posible colocar catéteres a través de las venas, desde el antebrazo hasta la axila y desde el muslo hasta la vena cava inferior, sin que se observara efectos nocivos. ¹

En 1929 el Dr. Warner Forssman, realizó un cateterismo cardíaco a través de una venodisección para fines diagnósticos, otro de los iniciadores fue un médico francés que trabajó en la guerra de Vietnam.

En 1945 Meyers, Zimmerman y Duffy, inicia la colocación de catéteres de plástico con propósitos terapéuticos.

La Nutrición Parenteral Total (NPT) tiene sus inicios desde 1952 con Moore, él describió la respuesta metabólica a la cirugía.

En 1953 Seldinger crea la técnica percutánea, misma que lleva su nombre y que en la actualidad es utilizada para la instalación de catéteres de permanencia prolongada.

¹ Manual de Terapia Intravenosa, Hospital Juárez de México 1995.

Broviac y Hickman, aportaron la utilización de catéteres de larga permanencia de silástico, sustituyendo a los catéteres de otro tipo de material.

En 1971, el CDC de Atlanta recomendó: que la inserción de catéteres venosos para la NPT se realice en el quirófano con equipo estéril y técnica aséptica, con catéteres de silastic y de uso exclusivo para la NPT.²

Los primeros reportes de infección relacionada a catéter fue en 1947, donde Neuhoﬀ y Seley describieron tromboflebitis supurativas secundarias a catéteres intravasculares.

En 1968 Bentley y col, reportó una frecuencia de .67 de infecciones por cada 100 catéteres.

En México existen reportes de infección relacionada a catéter a partir de 1995, en los que la proporción varía del 5.6 al 13.8% y en forma general representa el 9% del total de las Infecciones Hospitalarias.³

La necesidad de introducir medicamentos y otras sustancias por vía intravenosa con lleva a mejorar las condiciones hemodinámicas y de gravedad del paciente; sin embargo, de manera uniforme se conoce desde sus inicios la relación que ha existido con la aparición de procesos infecciosos relacionados con el uso de catéteres.

² Berry y Knhom, Técnica de Quirófano, México, Ed. Interamericana, 5ta ed, 1981.

³ S. Ponce y Cols, Bacteremias y Endocarditis en Avances de Infecciones Intrahospitalarias, Tomo II, México, ed Medicina & Mercadotecnia SA CV, 1999.

2.2 ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA DE LOS ACCESOS VASCULARES

En la inserción de un catéter central, es importante que el personal de salud tenga conocimiento sobre la anatomía de las principales vías de accesos venosos, para facilitar la rápida colocación y al mismo tiempo evitar la multipunción la cual puede favorecer a complicaciones secundarias a la instalación . Para la colocación de catéteres de corta permanencia regularmente se utilizan las venas cefálica y basílica de los miembros torácicos utilizando como método de inserción la percútea o venodisección; los catéteres de larga permanencia son colocados por vía subclavia utilizando un catéter especial para tal fin. A continuación se describe la anatomía y fisiología del corazón para conocer cuales son las vías de entrada por vía subcutánea.

ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA DEL TORRENTE CIRCULATORIO :

CORAZÓN :

El corazón es un órgano hueco, localizado en el mediastino con un peso de 300 a 400 gramos en el adulto mayor, cuenta con una red de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas las cuales se encargan de suministrar sangre a cada célula funcionante del cuerpo a través de dos sistemas de propulsión que son:

Corazón Derecho: El cuál se encarga de impulsar la sangre hacia los pulmones, (circulación pulmonar) para captar nuevo oxígeno y libera el bióxido de carbono como desecho.

Corazón Izquierdo: Impulsa sangre al resto de la economía (circulación sistémica) proporcionando oxígeno y nutrimentos a todas las

células activas, y productos de desechos a riñones, hígado y piel para su excreción. (Fig. 1)

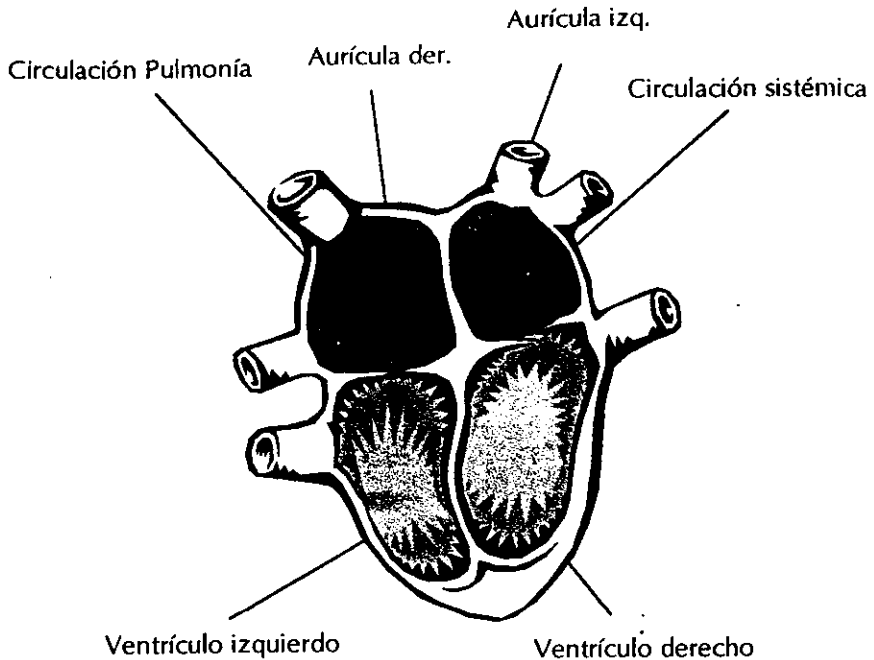


Fig. 1

Aurícula Derecha: Se encuentra ubicada al frente y a la derecha de la aurícula Izquierda, de la cual está separada por el tabique ínter auricular. Recibe sangre de las venas cavas superior e inferior.

Aurícula Izquierda: Es una cavidad pequeña, pero sus paredes están más gruesas que la aurícula derecha, forma la parte más alta del borde izquierdo del corazón que se extiende hacia la izquierda y por detrás de la aurícula derecha.

Vena Yugular Interna: Se encuentra dentro del borde interno del músculo esternocleidomastoideo, en su 1/3 inferior, se relaciona por delante con la superficie posterior de ese músculo, por dentro con la carótida primitiva y el nervio neumogástrico, en la parte posterior con el músculo escaleno anterior y finalmente se une con la vena subclavia para formar el tronco braquicéfalo.

ANATOMIA DE LAS VÍAS DE ACCESO PERCUTANEA

ANTEBRAZO: Venas Mediana Cubital, Basílica y Cefálica se sitúan en la fase antecubital, generalmente se utilizan para la extracción de sangre y para la inserción de CVC de corta estancia. (fig. 2)

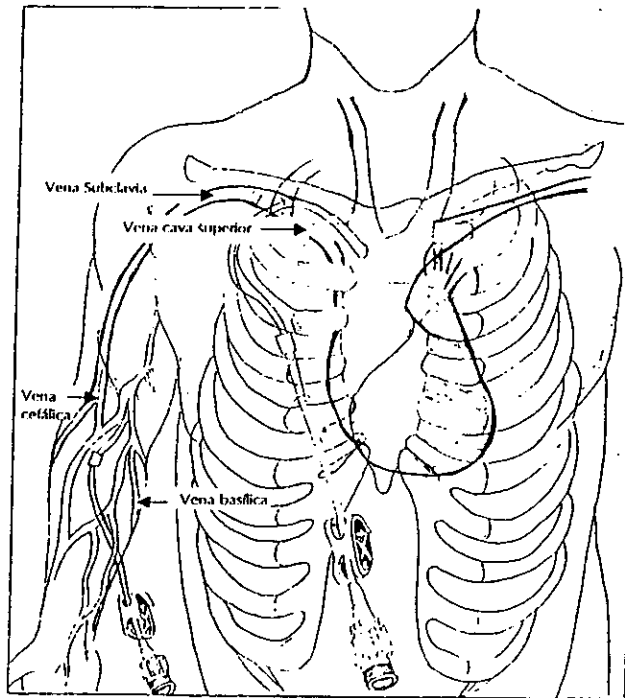


Fig. 2

2.3 TÉCNICAS DE INTALACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

TÉCNICA DE SELDINGER:

Esta técnica le proporciona al médico una mejor y fácil inserción del catéter por la vía subclavia, ya que la posición que debe adoptar el paciente (trendelemburg y rosiere) a ayuda ha tener un mejor llenado de las venas sobresaliendo así esta. La introducción de un CVC a través de esta técnica es con la finalidad de facilitar la introducción del catéter sin riesgos de complicaciones secundarias a la instalación y disminuir los riesgos de contaminación, generalmente estos catéteres son insertados con vía percutanea en la región subclavia, quedando la punta del catéter en la vena cava superior, justo por encima de la aurícula derecha.⁴

TÉCNICA POR VENODISECCION:

En este técnica la colocación de un catéter se lleva a cabo a través de una incisión en piel para localizar las venas yugulares externas o internas ó las venas cefálica y basílica, la colocación de un catéter por venodisección debe ser una de las ultimas opciones que el médico elija ya que tiene un mayor índice de infección.

TÉCNICA POR PUNCIÓN:

Esta técnica consiste en la punción de la vena a través de una aguja, permitiendo así la introducción de la guía del catéter hasta la vena subclavia, tiene menos riesgos de complicaciones por la vía braquial sin embargo por vía subclavia corre el riesgo de perforación pleural.

⁴ Carolyn D. "Una Completa Revisión sobre Catéteres Venosos Centrales", NURSING, Vol. 8, Num. 10, Ed. Doyma,

2.4 COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA INSTALACIÓN DEL CATETER VENOSO CENTRAL

Las complicaciones secundarias a la instalación de un catéter pueden ser desde la presencia de un neumotórax o hemotórax, al realizarse una punción inadecuada, ocasionando el colapso del pulmón dando como consecuencia datos de dificultad respiratoria en el paciente y siendo necesaria la colocación de un pleurovac para la resolución del problema. Otro tipo de lesiones son la lesión a la arteria subclavia, arritmias cardiacas cuando el catéter se encuentre muy adentro o una perforación cardiaca y por ultimo la presencia de embolia gaseosa.⁵

2.5 TIPOS DE APOSITOS PARA LA FIJACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES

La bibliografía refiere como acto secundario a la instalación del CVC, se debe realizar la curación del sitio de inserción con materiales estériles, dejando un aposito oclusivo como la utilización de apósitos transparentes, para la protección de dicho sitio ya que se considera por algunos autores como el sitio más importante de entrada de microorganismos patógenos.

El uso de una fijación insuficiente puede favorecer una contaminación bacteriana secundaria debido a la entrada de gérmenes a través del canal de punción por movimientos longitudinales y de rotación del catéter o bien de la cánula en el lugar de la punción.

El uso convencional de gasa estéril y tela adhesiva se ha llevado a cabo por mucho tiempo, sin embargo, estudios comparativos con otros apósitos han demostrado que la gasa y la tela adhesiva favorece el crecimiento de bacterias,

⁵ Manual de Terapia Intravenosa del Hospital Juárez de México, 1995

cuando esta se encuentre húmeda además de que no permite la visibilidad del sitio de inserción y no son cómodos al paciente. Actualmente la utilización de Apósitos Transparentes Semipermeables (ATS) a causado controversias en cuanto a su uso, ya que estudios realizados mostraron que las bacterias tendían a formar colonias debajo de estos apósitos.⁶

En estudios comparativos realizados sobre el uso de parches transparentes donde utilizaron gasa estéril contra ATS en pacientes sometidos a Transplante de Medula Ósea, dio como resultado que los ATS fueron bien aceptados en cuanto a comodidad y visibilidad, en relación a procesos infeccioso secundario al uso de ambos parches no hubo gran significancia ya que la aplicación y el cuidado de los catéteres fue llevado a cabo por el personal médico y de enfermería bajo estrictas reglas de asepsia y antisepsia que ya había planteado el investigador, por tanto, concluyen que el uso de ATS es bueno ya que tiene ciertas ventajas en relación con el uso de gasa y tela adhesiva.⁷

Otro estudio sobre la evaluación de un Apósito Transparente (Op-site 3000) en neonatos para la fijación de CVC y CVP, se observó que este tipo de apósito permitió la visibilidad del sitio de inserción en un 100%, es fácil de aplicar y retirar. En cuanto a humedad se le asoció una menor acumulación bajo de éste, así mismo proporcionó buena seguridad en la fijación del catéter y necesitó menos cambios del apósito.

El bajo índice de complicaciones indica que en esta población de pacientes es seguro dejar el apósito colocado hasta 5 días siendo lo contrario con la gasa y

⁶ Carolyn D. "Una Revisión Completa sobre Catéteres Venosos Centrales" NURSING, Vol.8, Num. 10, Ed. Doyma, 1990.

⁷ Jane C.S "Una Comparación de Aposito Transparente y vendaje de Gasa Esteril para Cateteters Centrales de larga duración en pacientes sometidos a Transplante de Médula Osea, NURSING Oncology, Vol. 18, No. 8, 1991.

la tela adhesiva, reduciendo así el número de intervenciones por parte de enfermería y manipulación del catéter. ⁸

Una preocupación que ha aparecido repetidamente en la literatura ha sido el aumento en la colonización, y en algunas instituciones la proporción de infección, con el uso de las membranas transparentes. El problema puede provenir de la humedad. Aly y colaboradores estudiaron el efecto de oclusión prolongado en la piel y encontraron que el número de microorganismos aumento significativamente durante los cinco días de oclusión del parche, debido a un aumento de la humedad y por lo tanto los microorganismos superficiales son considerados una fuente principal para la colonización del catéter e infección. ⁹

En las recomendaciones que sugiere el Centres for Disease Control and Prevention (CDC) y la Nursing Standards of Practice para el uso de aposito, señalan que en catéteres periféricos el cambio del aposito se debe que efectuar cada 72 horas o cuando se vaya efectuar el cambio de la venoclisis, no se recomienda el uso de gasa estéril y tela adhesiva ya que no permite la visualización directa del sitio de inserción, de usarse se recomienda cambiarse cada 48 hrs. o inmediatamente si se detecta algún sospechoso de infección, en catéteres venosos centrales el cambio de apósitos transparentes se debe efectuar cada 3 a 7 días. ¹⁰

⁸ Laboratorios SMITH-NEPHEW.

⁹ Arrow Multi-lumen, Central Catéter, Nursing Care Guidelines, 1994.

¹⁰ Centres for Disease Control/"Guideline for Prevention of Intravascular Device Related Infections", American Journal of Infection Control, 1996;24:262-93.

"Revised Intravenous Nursing Standards of Practice" Journal of Intravenous Nursing, 1998; Vol. 21 No.15

2.6 COMPLICACIONES INFECCIOSAS RELACIONADAS A CATETER VENOSO CENTRAL

La Infección relacionada a CVC se ha considerado como una de las complicaciones más graves, ya que constituye el factor más importante para el desarrollo de candidemia precedida por la administración de antibióticos y la enfermedad de base del paciente. Los catéteres insertados por vía percutánea han demostrado una incidencia de bacteremia entre 3% a 10%, mientras los catéteres colocados por venodisección y los de hemodiálisis tienen un índice mayor.¹¹

De acuerdo a las definiciones del CDC de Atlanta y la Norma Oficial Mexicana de Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de Infecciones las Infecciones Relacionadas a CVC se definen de la siguiente manera:

Infección del Sitio de Inserción:

Es la presencia de dos o más de los siguientes signos: calor, edema, rubor, dolor, drenaje purulento del sitio de entrada y cultivo o tinción de gram positivo del sitio de inserción.

Flebitis:

Presencia de dolor, calor o eritema en una vena invadida de más de 48 hrs. de evolución, que puede estar acompañada de los siguientes criterios: Pus y persistencia de los síntomas por mas de 48hrs después de retirado el acceso vascular y un cultivo positivo.

¹¹ S. Ponce y Cols, Bacteremia y Endocarditis en Avances de Infecciones Intrahospitalarias, Tomo I, Ed Medicina & Mercadotecnia SA. CV 1999.

Bacteremia Primaria:

Se define como la identificación en hemocultivo de un microorganismo en pacientes hospitalizados o dentro de los primeros tres días posteriores al egreso, con manifestaciones clínicas de infección.

Bacteremia Secundaria:

Es aquella que se presenta con síntomas de infección localizados a cualquier nivel, con hemocultivo positivo. Se incluyen aquí las candidemias y las bacteremias secundarias a procedimientos invasivos. En caso de contar con la identificación del microorganismo del sitio primario, debe ser el mismo que el encontrado en sangre.

Bacteremia Relacionada a Líneas y Terapia Intravascular:

Esta relacionada con el uso temporal entre la administración de terapia intravascular y la aparición de manifestaciones clínicas. Se debe tomar en cuenta: Identificación de contaminación de catéter o solución endovenosa, desaparición de signos y síntomas al retirar el catéter o la solución sospechosa y cultivo de punta de catéter con más de 15 UFC/ml.¹²

¹² Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Las Infecciones Hospitalarias

2.7 FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE LA INFECCIÓN RELACIONADA A CVC.

En investigaciones con respecto a catéteres infectados mencionan que la patogénesis de la infección relacionada a catéter involucra factores del hospedero y del medio ambiente hospitalario.

Pacientes con deterioro del sistema inmunológico como son recién nacidos, ancianos, pacientes neutropénicos, granulocitopenia o que reciban tratamiento a base de medicamentos inmunosupresores o quimioterapia son más susceptibles a un proceso infeccioso, debido a la falta de maduración del sistema inmunológico en los recién nacidos y en los ancianos por deterioro de este. Ya que el sistema inmunológico es el encargado de defender al organismo ante la presencia de cualquier germen patógeno. Otros factores son la pérdida de la integridad de la piel en pacientes con quemaduras o problemas dermatológicos, recordando que la piel es un órgano que sirve como barrera para la entrada de gérmenes, finalmente la enfermedad crónica subyacente, una infección secundaria a distancia y desnutrición son

FACTORES DEL HUESPED:

- Edad
- Neutropenia
- Granulocitopenia.
- Quimioterapia
- Pérdida de la integridad de la piel.
- Enfermedad crónica subyacente.
- Infección en otra zona del cuerpo.
- Malnutrición.

¹³ Roberta L.M., "Prevención de Infección IV Periférica", NURSIC, Ed. Doyma, Vol. 11, Num. 3, 1993.

condicionantes que ponen en riesgo al paciente ante la presencia de cualquier proceso infeccioso hospitalario.

Los factores de riesgo que se relacionan con el medio ambiente hospitalario son la nula práctica del lavado de manos, algunos estudios han demostrado que los profesionales de la salud no lo realizan de forma rutinaria, siendo uno de los factores mas importantes para la transmisión de patógenos de un paciente a otro. La realización de una técnica aséptica inadecuada en el momento de insertar un catéter es un riesgo para la colonización de gérmenes y una puerta de entrada para estos. Este es un problema particularmente importante en los pacientes quemados muy colonizados o en aquellos que sufren alteraciones cutáneas, como la psoriasis.

Otros problemas inherentes son las múltiples entradas al sistema intravenoso como son la administración de medicamentos en "Y", la punción de frascos con agujas y la contaminación de soluciones y medicamentos en el momento de su preparación. Siempre que se manipule el sistema I.V. el riesgo de infección aumenta. Algunos estudios refieren que todo sistema de infusión incluido el catéter deberá cambiarse cada 72 horas. A menos que

FACTORES DE RIESGO
RELACIONADAS CON
EL
HOSPITAL.

-
- Mala técnica de lavado de manos por el personal.
- Mala técnica aséptica o de venopunción.
- Múltiples entradas en el sistema intravenoso.
- Excesiva manipulación del catéter.
- Realización de venodisección para colocación de catéter.
- Contaminación en la preparación de soluciones y medicamentos.
- Dispositivos intravenoso colocado por mas de 72 hrs.
- Catéter colocado durante una urgencia.

el apósito se ensucie o deje de ocluir la zona, puede mantenerse colocado hasta que se cambie la punción intravenosa (I.V) a las 72 horas; catéteres que son insertados por venodisección reportan tasas mayores de infección comparados con los que se instalan por vía percútanea y los catéteres que son colocados de urgencia.¹³

2.8 PATOGENESIS DE LA INFECCION

El mecanismo de infección, se da desde el momento en que se va a insertar un catéter rompiéndose de esta manera la barrera natural de la piel, proporcionando así una puerta de entrada para los microorganismos.¹⁴

Se considera que después de 48 hrs. de su inserción, se forma una vaina de fibrina alrededor del catéter llamada glucocálix este es un tejido de glucoproteínas que protege a la bacteria frente a las defensas del organismo del huésped y frente a los antibióticos incrementando la probabilidad de infección.

La mayoría de los autores postulan que en gran parte de los casos, la infección al uso de catéter resulta de la migración de la flora de la piel por la superficie externa del catéter a la punta del mismo; después de llegar a la punta y al espacio intravascular, estos organismos se multiplican y subsecuentemente pueden ocasionar una infección local o bacteremia.

¹⁴ S. Navarrete, Infecciones Intrahospitalarias en Pediatría, México, Ed, McGraw-Hill-Interamericana, 1998.

Algunos autores europeos mencionan que la infección relacionada a catéter resulta de la migración de organismos de la superficie interna del catéter que migración hacia la punta del mismo.¹⁵

El material del que están hechos los catéteres es importante para la patogénesis de la infección asociada a los mismos. Este tipo de procesos infecciosos es más frecuentes asociados a los de polivinilo que a los de teflón, también la superficie del catéter tiene importancia ya que si es una superficie rugosa hay atrapamiento de gérmenes y una predisposición a formación de trombos la cual puede promover la colonización del catéter.

En catéteres venosos permanentes, el vendaje debería cambiarse a diario y bajo condiciones estériles, y durante este proceso, examinar el lugar de la punción en busca de posibles signos inflamatorios, con cuya primera manifestación debe retirarse el catéter.

Además de cumplir una estricta asepsia, otro criterio importante es la inmovilización del catéter y cuidados generales en el manejo de líneas de infusión de soluciones, tener cuidado especial frente a los conectores abiertos y de las llaves de tres vías, equipos de presión venosa central abiertos o inyecciones a través de un tapón de látex en el conducto de la infusión.

¹⁵ Roberta L.M., Prevención de la Infección Periférica, NURSIC, Ed. Doyma, Vol.11,Núm.3, 1993.

2.9 PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES

El cuidado que brinda el personal de enfermería a pacientes con CVC es fundamental, dado que se requieren de cuidados específicos como son: la selección de la vena de acuerdo al tipo de tratamiento que se vaya a iniciar con el paciente, posteriormente realizar un lavado de manos previa inserción del catéter, una vez instalado se evaluará diariamente la zona de punción así como el trayecto venoso, verificando la existencia del retorno sanguíneo o la presencia de dolor, calor o eritema. La preparación de medicamentos y soluciones debe efectuarse de forma aséptica y en un lugar limpio así mismo se evitará la punción con aguja de los frascos de plástico para evitar la contaminación extrínseca. También se debe efectuar el cambio de los equipos de infusión cada 48 horas con la utilización de llaves de tres vías, vigilando que no se contaminen cuando se deba de infundir más de dos soluciones, evitando así la desconexión de los equipos y la manipulación excesiva secundario a esto, teniendo así un buen cuidado del catéter.

En la actualidad se han creado grupos multidisciplinarios de vigilancia sobre el manejo y cuidado de las vías intravenosas donde la enfermera se encarga de colaborar con el médico en el momento de la instalación; y es ella quien realiza las curaciones y el cuidado directo del funcionamiento del acceso venoso así mismo de participar en la educación continua al personal de enfermería y médico sobre el manejo y los riesgos de adquirir una infección por vía intravenosa si no se llevan a cabo las técnicas de asepsia de forma adecuada. También es indispensable la educación continua dirigida a los pacientes para el cuidado de su catéter durante su hospitalización y en su domicilio.¹⁶

¹⁶ M.T. Rosas, Terapia Intravenosa, Trabajo en Equipo para Evitar Complicaciones por Catéteres Venosos, Revista de Enfermería México, Vol. 7, Num. 2, 1999.

Además es importante señalar que el personal de enfermería asistencial es el encargado de la dilución de medicamentos, la preparación y ministración de las infusiones medicamentosas intravenosas, que adecuadamente manejadas favorecen la buena evolución de los usuarios de la atención médica.

2.10 MARCO LEGAL

La presencia de Infección Nosocomial (I.N.) constituye un indicador de la calidad de la atención médica, que se presta dentro de una institución de salud, dando como consecuencia un aumento en la morbi-mortalidad, elevando los costos, generando una estancia hospitalaria prolongada, empleo de antibióticos de amplio espectro, así como el aumento en la demanda de exámenes de laboratorio y gabinete, sin embargo pueden ser prevenibles mediante el establecimiento de un sistema de vigilancia adecuada. Es por ello, que se hace necesario la implementación de Comités de Infecciones Hospitalarias en cada hospital, con la finalidad de llevar un seguimiento y registro de las I.N., así como prevenirlas. La instalación de los Comités, se da a partir de 1983 en una Acta de Constitución formal.¹⁷

Las unidades hospitalarias tienen la obligación de proteger a los pacientes de las I.N., los tribunales nunca han exigido que los hospitales garanticen a sus pacientes que no adquieran ninguna infección, pero si es responsable de asegurar que sus propios reglamentos y procedimientos sean respetados.¹⁸

¹⁷ S.S., Sociedad Mexicana de Salud Pública, Foro: "Calidad en la Atención Médica e Infecciones Intrahospitalarias", México, 1994.

¹⁸ S. Navarrete, Infecciones Intrahospitalarias en Pediatría, México, Ed. McGraw Hill - Interamericana, 1998.

BASES LEGALES:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
 - Art. 4to. TODA PERSONA TIENE DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD.

- LEY GENERAL DE SALUD:
 - Tit. 2º Art. 5to.- El Sistema Nacional de Salud y particulares que presten servicios de salud, tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud.

 - Tit. 3o Cap. I. Artículo III.- La atención médica comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

 - Tit. 5º Cap. Unico, Artículo 96 párrafo II.- La investigación para la salud, comprende el desarrollo de acciones para el conocimiento de vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica medica y la estructura social.

- PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-026-SSA2-1999 PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES. México, DF., Agosto de 1999.

III. MATERIAL Y METODOS

3.1 JUSTIFICACION

En la actualidad el uso de dispositivos intravenosos se ha incrementado de forma considerable, dadas las necesidades terapéuticas que requieren los pacientes cuando ingresan a una unidad hospitalaria. La diversidad de estos dispositivos es muy variada ya que se cuentan con catéteres desde un solo lumen hasta tres o cuatro lúmenes, los cuales permiten el paso de las soluciones, sin interrumpir una sola vía, otro tipo de catéteres son el swan-ganz, hemodiálisis y los marcapasos.

Con la introducción de catéteres de poliuretano en 1945, se ha facilitado la administración del líquidos intravenosos y alimentación parenteral, pero también se ha incrementado el número de complicaciones como Tromboflebitis.¹⁹

La incidencia de infección relacionada a catéteres venosos se presenta en una alta proporción. En EE.UU. en la década de los 70's mas de 30,000 pacientes desarrollaron sepsis asociada a catéteres y la infección asociada a estos ha sido reportada en un 20%.²⁰

En estudios previos no se ha reportado diferencias significativas con respecto a los riesgos de infección al dejar colocado el catéter por periodos más prolongados y al uso de apósitos secantes, siempre y cuando no existieran signos inflamatorios locales o sistemáticos que obliguen a retirar el catéter, otras causas asociadas a Bacteremia Nosocomial son la ruptura de las técnicas de instalación, cuidado de la vía de acceso vascular y la gravedad de la

¹⁹ Vázquez N.J., Infección Asociada a Catéter, en un Hospital Pediátrico, México, 1994.

²⁰ S. Ponce, Infecciones Intrahospitalarias, México, Ed. MacGraw Hill - Interamericana, 1996.

enfermedad subyacente. Por lo cual es necesario que el personal de la salud conozca y aplique técnicas con todas las medidas necesarias en cada uno de los procedimientos que implica la terapia intravenosa, para prevenir complicaciones infecciosas secundarias al manejo, recordando que la introducción de un catéter a través del torrente sanguíneo es un medio totalmente aséptico.²¹

En lo que refiere a la utilización de parches transparentes para fijación del catéter venoso central, se ha observado la presencia de laceraciones en piel o irritabilidad en el momento de cambiar el apósito, siendo necesario retirar este y utilizar un vendaje para evitar mayores complicaciones. En estudios realizados sobre la efectividad de apósitos, no hacen referencia sobre la presencia de reacciones adversas en piel. Por este motivo se elabora el siguiente protocolo de investigación referente al “ *Cuidado de las Reacciones Cutáneas en Pacientes con Catéter Venosos Central y Apósitos Transparentes* ” para evaluar si la frecuencia de cambio de parche esta relacionada con la aparición de lesiones en piel ; para lo cual se diseño un estudio longitudinal, observacional, descriptivo y analítico. Los sujetos a estudio fueron pacientes que ingresaron a los servicios de hospitalización del Hospital Juárez de México y que hayan requerido catéter venoso central para su tratamiento terapéutico. Para la obtención de la información se elaboró una hoja de registro para cada paciente, donde se evaluó diariamente la integridad de la piel y observar el cuidado que la enfermera le proporciona.

²¹ <http://babelfish.altavista.com/cgi-bin/translate>.

3.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el cuidado de enfermería ante las reacciones cutáneas en pacientes con Catéter Venoso Central en el Hospital Juárez de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ▲ Identificar los cuidados de enfermería en la pérdida de la integridad cutánea.
- ▲ Identificar la relación de lesiones cutáneas con el tipo de parche utilizado.
- ▲ Identificar la frecuencia de curación local con el aposito transparente.

3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Terapia Intravenosa ha sido por mucho tiempo uno de los métodos más útiles para la administración de tratamientos intravenosos que coadyuvan al mejoramiento hemodinámico del paciente, sin embargo, desde su introducción al área hospitalaria ha sido relacionada con procesos infecciosos.

En el Hospital Juárez de México es importante el manejo y cuidado de los catéteres endovenosos que le proporciona el personal de enfermería, ha siéndose hincapié sobre el tiempo de curación que se debe que efectuar, evitando así una manipulación excesiva del catéter y la irregularidad de este

procedimiento lo cual podría ocasionar una laceración en piel, por tanto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el cuidado que otorga enfermería a pacientes con pérdida cutánea por la instalación de CVC y el uso de apósitos transparentes?

3.4 HIPOTESIS

HIPOTESIS PRIMARIA

La pérdida de la integridad cutánea esta relacionado con la utilización de apósitos transparentes en pacientes con Catéter Venoso Central.

HIPOTESIS SECUNDARIA

- El tipo de parche usado esta relacionado con el tipo de laceraciones dérmicas que presenta el paciente.
- La frecuencia del cambio de parches aumenta el riesgo de infección.
- El manejo de los parches por parte del personal de enfermería no muestra regularidad en el procedimiento y secuencia.

3.5 VARIABLES ESTUDIO

□ Variable Independiente:

- Apósitos Transparentes

□ Variable dependiente:

- Perdida de la Integridad Cutánea

3.6 UNIVERSO DE ESTUDIO

Se realizó en el Hospital Juárez de México de la Secretaria de Salud.

3.7 UNIDAD DE OBSERVACION

En los servicios de Cirugía General, Oncología, Neurocirugía, Ortopedia, Urología, Medicina Interna, Nefrología, Endocrinología, Gastroenterología, Cirugía Plástica, Oftalmología, Hematología e Infectología.

3.8 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes que ingresen a los servicios antes mencionados y que requieran de la instalación de un catéter venoso central, aplicándoseles apósito transparente para su protección.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que tengan que ser trasladados a las Unidades de Cuidados Intensivos del hospital u otras unidades hospitalarias.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que presenten, salida del catéter de forma fortuita o presenten muerte durante el periodo del estudio.

3.9 UNIVERSO MUESTRA

No se elaboró una muestra en los pacientes ya que se estudió el 100% de los casos que acudieron del 1ro al 30 de julio del 2000. En el personal de enfermería se tomo una muestra del 10% de la población del turno matutino.

3.10 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez y confiabilidad de los instrumentos se estableció a través de una prueba piloto, aplicándose un cuestionario a 10 enfermeras encontrándose consistencia en las preguntas por lo cual no se efectuó ninguna modificación, la guía de observación para el seguimiento de catéteres se aplicó a 15 pacientes, de los cuáles 7 correspondieron al servicio de cirugía general y 8 al servicio de medicina interna., durante el registro de los datos se efectuaron modificaciones al instrumento para obtener la información mas concreta. El tiempo que se requirió para la prueba piloto fue de dos semanas.

3.11 ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis estadístico se elaboraron, cuadros gráficas y se confrontaron los resultados con el marco teórico.

IV. RESULTADOS

4.1 DATOS GENERALES

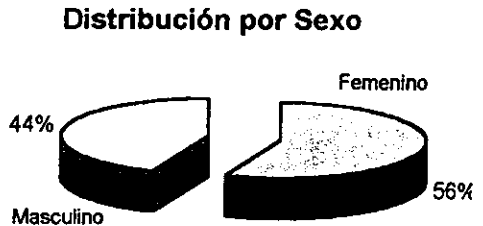
Para el análisis de la efectividad del uso de parches en pacientes con catéter venoso central, se aplicaron 81 guías, se excluyeron a 15 pacientes, por la pérdida de seguimiento, quedándose un total de 66 guías para su análisis general.

Dentro de las características demográficas de este grupo se realizó un seguimiento a 37 pacientes del sexo femenino resultando un porcentaje de 56.1%, con respecto al sexo masculino hubo un total de 29 pacientes con 43.9%. (Ver cuadro 1)

Cuadro # 1
Distribución por sexo

SEXO	No.	%
Femenino	37	56
Masculino	29	44
Total	66	100

Gráfica # 1



Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC de hospitalización en el Hospital Juárez de México (H.J.M.)/2000

La edad de los pacientes correspondió en primer lugar de 40 a 49 años 19.7% con 13 casos, posteriormente de 70 a 79 años con 18.2% con 12 casos, de 60 a 69 años 11 casos con 16.7%, de 20 a 29 años 15.2% con 10 pacientes registrados, de 30 a 39 años 13.6% con 9 casos de 50 a 59 años 8 casos con 12.1% y de 80 a 89 años 3 pacientes con 4.5%. (ver cuadro #2)

Cuadro # 2
DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD	NO.	%
20 - 29	10	15
30 - 39	9	14
40 - 49	13	20
50 - 59	8	12
60 - 69	11	17
70 - 79	12	18
80 - 89	3	4
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con C.V.C en el H.J.M./2000

4.2 INSTALACIÓN DE CATÉTERES POR SERVICIO.

Con respecto a la colocación de catéteres por servicio, el mayor porcentaje lo ocupó el servicio de Neurocirugía con 33.3 %, seguido de: Cirugía General con 16.7%, Oncología, Endocrinología y Medicina Interna obtuvieron un 10.6% cada uno posteriormente hematología con 4.5% e infectología con 3%, finalmente los servicios que tuvieron un porcentaje de 1.5% fueron: Ortopedia, Nefrología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Cirugíamaxilofacial y Cardiología. (Ver cuadro #3)

Cuadro # 3
Distribución por Servicios

SERVICIOS	No.	%
Neurocirugía	22	33
C. general	11	17
Oncología	7	11
Endocrinología	7	11
Medicina Interna.	7	11
Hematología	3	5
Infectología	2	3
Ortopedia	1	2
Nefrología	1	2
Oftalmología	1	1
Otorrinolaringología	1	1
Urología	1	1
Cx. Maxilofacial	1	1
Cardiología	1	1
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada, en pacientes con CVC.en el HJM./2000

4.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS CATÉTERES:

Se encontró que el motivo de instalación de los catéteres fue en primer lugar para la realización de cirugías de alta complejidad con un 31.8% posteriormente no especificado con un 30.3%, para la monitorización hemodinámica fue de 25.8% y el 12.1% fueron para pacientes que requirieron tratamientos específicos como Nutrición Parenteral Total y quimioterapia; cabe mencionar que fueron muy pocos los expedientes donde tenían la hoja de instalación de catéter. (ver cuadro #4)

En cuanto a zonas anatómicas de inserción fue la vía braquial izquierda con 23 pacientes con un porcentaje de 34.8%, posteriormente en subclavia izquierda con 15 casos y un 22.7% en subclavia derecha 14 pacientes con 21.2% y en miembro torácico derecho con 13 casos y un porcentaje de 19.7% 1.5% por vía yugular. (ver cuadro # 5)

Cuadro # 4
Motivo de Instalación

Motivo de Instalación	No.	%
Monitorización	17	26
Cirugía	21	32
Tx. Especifico	8	12
No especifica	20	30
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada a pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Cuadro # 5
Sitio de Inserción

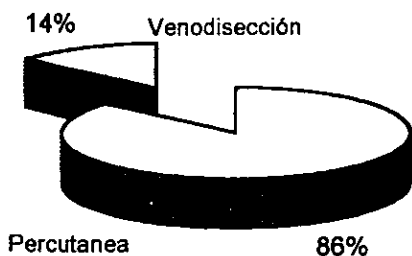
Sitio de Inserción	No.	%
Braquial Izq.	23	35
Subclavio Izq.	15	23
Subclavio Der.	14	21
Braquial Der.	13	20
Yugular Der.	1	1
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

La técnica de instalación para la colocación de catéter fue la vía percutánea con 86.4% y por venodisección 13.6%. (ver cuadro 6)

Gráfica # 2

Técnica de Inserción



Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

El catéter con una sola vía o lumen fue el que más se utilizó con un 89% seguido del catéter bilumen con 11% (ver cuadro 7).

Cuadro # 6

Técnica de Inserción

Técnica de Inserción	No.	%
Percutánea	57	86
Venodisección	9	14
Total	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Cuadro # 7

Número de Lumen del Catéter

Lumen	No.	%
Unilumen	59	89
Bilumen	7	11
Total	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Las causas por el cual fue retirado el catéter se dio por presentar alta por mejoría con un 41%, en segundo lugar la disfunción del catéter ocupó un 21% observándose principalmente fuga de líquido y extravasación este último con mayor frecuencia en pacientes que regresaban de quirófano, en tercer lugar con un 15% aquellos pacientes que fallecieron, No especifican el retiro del catéter 11%, con un 9 % fue para los pacientes que terminaron su tratamiento terapéutico intravenoso, finalmente con un 3% correspondió al retiro accidental del catéter. (ver cuadro # 8)

Cuadro # 8
Motivo de retiro

Motivo de retiro	No.	%
Alta por mejoría	27	41
Disfunción del catéter	14	21
Defunción	10	15
No especifica	7	11
Termino del tratamiento	6	9
Retiro accidental	2	3
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

4.4 INFECCIONES RELACIONADAS AL CATETER VENOSO CENTRAL

En relación a la presencia de infección se encontró que de 66 pacientes 8 pacientes presentaron datos de infección correspondiendo un 12.1%, colonización de catéter 4 pacientes con 6% y no presentaron infección 81.8%.
(ver cuadro # 9)

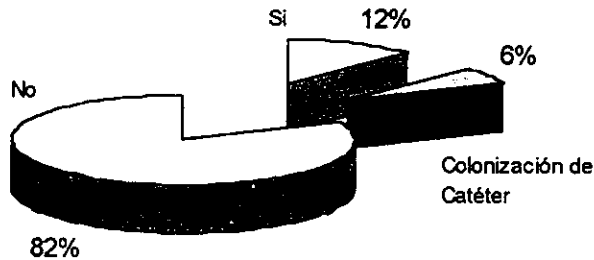
Cuadro # 9
Número de Infecciones por
Catéter

Infección	No.	%
Si	8	12
Colonización de Catéter	4	6
No	54	82
Total	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Gráfica # 3

Número de Infecciones por Catéter



Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

En relación a la permanencia del catéter venoso central el primer lugar con 27 % correspondió a pacientes que tuvieron su catéter de 6 a 10 días, posteriormente de 11 a 15 días con 20 %, de 3 a 5 días 17%, de 16 a 20 y de 21 a 25 días ambos con 11% de 24 a 72 horas con 6% de 26 a 30 5% y por ultimo con mas de 30 días 3%. (ver cuadro # 10).

Cuadro # 10

Días Catéter

Días Catéter	No.	%
24 - 72	5	6
3 - 5	11	17
6 - 10	18	27
11 - 15	13	20
16 - 20	7	11
21 - 25	7	11
26 - 30	3	5
31 a mas	2	3
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

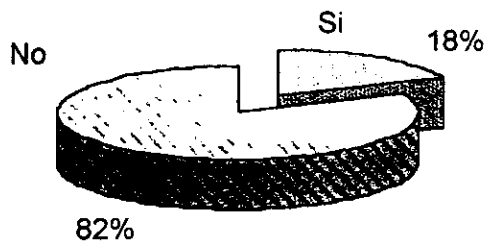
De los 66 seguimientos que se obtuvieron se encontró que 59 catéteres no se cultivaron correspondiendo a un 87.9% y solo 8 catéter si se cultivaron con 12.1% . (Ver cuadro # 11)

Cuadro # 11
Cultivo de catéter

Cultivo de Catéter	No.	%
Si	12	18
No	54	82
Total	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Gráfica # 4
Cultivo de Catéter



Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

De los catéteres que se obtuvieron resultado se reportaron los siguientes gérmenes: En primer lugar *Pseudomonas aeruginosa* 2%, *Staphylococcus coagulasa negativo*, *Serratia marcescens*, *Enterobacter aerogenes* y *Acinetobacter calcoaceticus* con un 2%, el 89% correspondió a falta de cultivo que no se cultivaron.. (ver cuadro 12)

Cuadro # 12
Germen Reportado

Gémen	No.	%
Staphylococcus coagulasa neg.	1	2
Pseudomona aeruginosa	1	2
Serratia Fonticula	1	2
Enterobacter aerogenes	1	2
*Acinetobacter calcoaceticus	1	2
Enterococo faecium	1	2
Cándida gallinari	1	2
Staphylococcus epidermidis	1	2
*Eschericha coli	1	2
Sin Cultivo	54	82
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

* Hubo la perdida de tres cultivos en pacientes con infección.

En lo que se refiere a proceso infección relacionado a catéter, se encontró la presencia de infección local en tres pacientes con 4.5% y con un solo caso de infección se reportó flebitis, bacteremia secundaria y colonización de catéter. (ver cuadro # 13)

Cuadro # 13

Tipo de Infección

Tipo de Infección	No.	%
Infección Local	*4	6
Flebitis	1	1
Bacteremia Secundaria	*4	6
Colonización de catéter	5	8
Sin Germen	5	8
No se cultivo	54	82
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000.

*Corresponden a cuatro pacientes que presentaron dos eventos de infección

4.5 CARACTERÍSTICAS DE LOS APOSITOS TRANSPARENTES

Los Apositos transparentes son utilizados posterior a la colocación del catéter con la finalidad de cubrir el sitio de inserción. En este estudio se utilizaron dos tipos de apositos transparentes de marca comercial, con un 81.8% fue para el uso de aposito transparente Op-site con 54 pacientes y 12 pacientes con aposito de Hidrofilm con un 18.2%.

(ver cuadro #14)

En cuanto la conservación de limpieza del aposito transparente esta se mantuvo con 97% mientras que el 3% correspondió a un parche no limpio.

(ver cuadro #15)

Cuadro # 14

Tipo de Parche

Tipo de parche	No.	%
Op - site	54	82
Hidrofilm	12	18
Total	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Cuadro # 15

Aposito limpio

Aposito limpio	No.	%
Si	64	97
No	2	3
Total	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

La fijación del parche transparente a la piel fue de 92%, principalmente en los parches del tipo op-site, y con desprendimientos parciales de uno de los extremos se presentaron 9% , observándose mas en los parches de hidrofilm. (ver cuadro # 16)

Cuadro #16

Aposito Intacto en piel

Aposito Intacto en piel	No.	%
Totalmente Integro	60	92
Parcialmente con desprendimiento de un extremo	6	8
Total	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

En la revisión diaria de la curación del sitio de inserción se encontró seca la gasa por debajo del parche en un 65%, mientras que con un 35% se observó de forma ocasional la presencia de humedad (de 2 a 3 veces en un solo catéter). (ver cuadro # 17)

Cuadro # 17

Gasa Húmeda

Gasa Húmeda	No.	%
Ocasionalmente	23	35
Nunca	43	65
Total	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000.

4.6 CUIDADOS DEL CATÉTER POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

En cuanto al manejo del parche por el personal de enfermería, se encuestaron 40 enfermeras de las cuales 87% correspondió a Enfermeras Generales, 8% Enfermeras Especialistas y 5% a Auxiliares.

(ver cuadro #18)

Con respecto al cambio del parche transparente este se efectuó de forma regular en 47 pacientes con un 71% según lo normado en el hospital y de forma irregular en 19 pacientes con 29% cuando los parches se cambiaron cada 24 horas o por turno.

(ver cuadro # 19)

Cuadro # 18

Categoría de la Enfermera

Categoría	No	%
Enf. Gral.	35	87
Enf. Esp.	3	8
Enf.Aux.	2	5
Total	40	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Cuadro # 19

Frecuencia de Cambio de Parche

Cambio de parche	No.	%
Regularmente	47	71
Irregularmente	19	29
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Para la aplicación del apósito transparente al término de la inserción del catéter fue de fácil aplicación, en un 98% y 2%, correspondió a una difícil aplicación.(ver cuadro # 20).

Cuadro # 20

Fácil Aplicación del Parche

Fácil	No	%
Si	39	98
No	1	2
Total	40	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Con respecto a la protección del parche durante el baño del paciente, el 95% consideró que si es necesario y solo un 5% refirió que no.
(ver cuadro # 21)

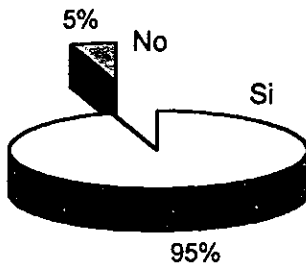
Cuadro # 21

Protección del Parche

Protección delparche	No	%
Si	38	95
No	2	5
Total	40	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000.

Gráfica # 5
Protección del parche



En la realización de la curación del catéter el 80% de las enfermeras contestó no utilizar alcohol para remoción del parche y solo un 8% refirió que si lo realiza.

(ver cuadro # 22)

Cuadro # 22

Utiliza Alcohol

Utiliza Alcohol	No	%
Si	8	20
No	32	80
Total	40	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

En cuanto a la presencia de reacciones en piel secundaria al uso de apósitos transparentes, el 68% contestó que si ha observado y solo un 13% refirió que no.

(ver cuadro # 23)

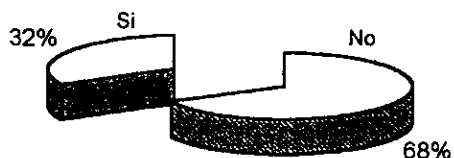
Cuadro # 23

Reacciones en Piel

Reacciones en piel	No	%
Si	27	68
No	13	32
Total	40	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Gráfica # 6
Reacciones en la piel



Cuadro # 24

Tipo de laceración

El tipo de laceraciones que ha observado el personal de enfermería con el uso de los apósitos transparentes fue Irritabilidad con 65%, laceraciones que involucro solo piel 3% y no observaron 32%.
(ver cuadro # 24).

Tipo de laceración	No	%
Irritabilidad	26	65
Laceración	1	3
No observaron	13	32
Total	40	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

4.7 PRESENCIA DE LASCERACIONES EN PIEL

La presencia de laceraciones en piel secundaria al uso de parches transparentes se presentó en 22 pacientes con un 33.3% y no se presentó en 44 pacientes con 66.7% (ver cuadro # 25).

Cuadro # 25

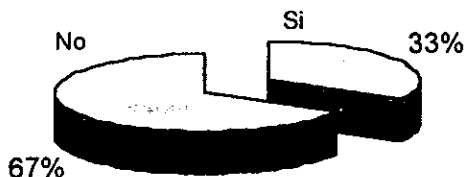
Presencia de Laceración en Piel

Laceración	No.	%
Si	22	33
No	44	67
Total	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Gráfica # 7

Laceración en piel



Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

El tipo de lesión que se presentó en los pacientes fue en primer lugar laceración superficial que involucró solo piel en 8 pacientes con un 12%, posteriormente la irritación de piel en 7 pacientes con 11% y por último la presencia de laceración que abarcó piel y epidermis en 4 pacientes con un 6% , y 47 pacientes no presentaron con 71%. (ver cuadro #26)

Cuadro # 26

Tipo de Lesión

Tipo de Lesión	No.	%
Irritación	7	11
Laceración leve	8	12
Laceración moderada	4	6
No presento	47	71
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

El tiempo transcurrido para la aparición de laceraciones a las 24 horas fue observado en 4 pacientes con 6%, al tercer día 4 pacientes con un 6%, al décimo día otros 4 pacientes con 6%, al quinceavo día 4 pacientes con 6% y al vigésimo día tres casos con 5%, sin laceraciones 47 casos con 71%. (ver cuadro #27)

Cuadro # 27

Tiempo de Aparición de la lesión

Tiempo de Aparición de la lesión	No	%
24/hrs.	4	6
Tercer día	4	6
Décimo	4	6
Quinceavo	4	6
Vigésimo	3	5
No Presento	47	71
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en Pacientes con CVC en el H.J.M./2000

4.6 CONFORT EN LA APLICACIÓN DEL USO DE PARCHES TRANSPARENTES

En relación al confort 47 pacientes manifestaron comodidad al tener el parche en el brazo o en el tórax anterior con un 71% , 17 pacientes no respondieron debido a que se encontraban graves o con dificultad para hablar con un 26% y solo dos pacientes manifestaron no estar a gusto con el parche con 3%.
(ver cuadro # 28)

Cuadro # 28

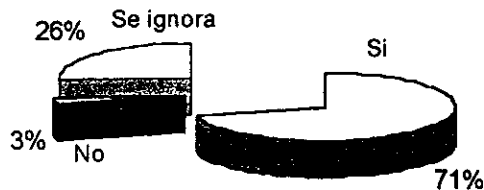
Comodidad del Parche

Comodidad del Parche	No.	%
Si	47	71
No	2	3
Se ignora	17	26
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

Gráfica # 8

Comodidad del parche



Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

En cuanto al retiro del parche 39 pacientes refirieron no sentir ninguna molestia al retirar el parche con 59 % de forma ocasional solo 8 pacientes con 12% y el 29 % no respondió por la gravedad de su padecimiento.
(ver cuadro # 29)

Cuadro # 29

Molestia al Despegar

Molestia al Despegar el Parche	No.	%
No	39	59
Ocasionalmente	8	12
Se ignora	19	29
TOTAL	66	100

Fuente: Guía de Observación aplicada en pacientes con CVC en el H.J.M./2000

V. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los resultados obtenidos en este trabajo, en cuanto a características de los sujetos a estudio no se observó diferencias significativas. En cuanto a utilización de catéter venoso por servicio y sus características encontramos que este se incrementó en los servicios de cirugía con un 68 %, mientras que en los servicios de Medicina interna y sus especialidades fue de 32%, así mismo la técnica de instalación que más utilizaron fue por vía percutánea con un 86% y por venodisección fue de 14%. Algunos autores refieren que la inserción de un catéter por venodisección tiene un mayor riesgo de infección comparado con los instalados por vía percutánea por ello se recomienda en pacientes adultos no multipuncionados. Otro factor de riesgo es el número de lúmenes en el catéter, el cual se considera que de dos a tres lúmenes puede favorecer la entrada de gérmenes por más vías, en este estudio el tipo de catéteres que mas se utilizó fue el unilumen con 89 % contra 11% que fueron catéteres de dos lúmenes, lo cuál significa que la utilización de catéteres con una sola vía es mas frecuente que las de dos o tres vías, y generalmente son utilizadas en las unidades de cuidados intensivos.

En lo que respecta a la presencia de proceso infeccioso esta se encontró en 8 casos de los 66 pacientes estudiados correspondiéndoles un 12.1%, de estos 4 presentaron dos eventos de infección a la vez que fueron: infección del sitio de inserción y bacteremia secundaria con un 6%, posteriormente en 4 pacientes se reportó cultivo positivo de punta de catéter sin tener datos clínicos de infección determinándose como colonización de catéter la cual no se consideró como infección. Algunos investigadores refieren que no es útil un reporte de punta de catéter sin datos clínicos y más si éste no tiene un reporte semicuantitativo del cultivo (establecido por el Dr. Maki) el cual, determina la presencia de un proceso infeccioso con un reporte de > 15

UFC/ml, finalmente 54 catéteres no se cultivaron que representan un 89 %, esto significa que la práctica del cultivo de catéter sigue siendo nula aun cuando esta se encuentra normada en dicho Hospital. Los gérmenes reportados en los cultivos de las puntas de catéter venoso fueron: *Staphylococcus coagulasa* negativo en un 2%, *Pseudomonas aeruginosa* 2%, *Serratia fonticula* 2% *Enterobacter aerogenes* 2%, *Acinetobacter calcoaceticus* 2%, *Enterococo faecium* 2%, y *Cándida gallinari* 2%. Algunos estudios referidos bibliográficamente han reportado la presencia de gérmenes como *Staphylococos coagulasa* negativo, *Escherichia. coli*, *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella neumoniae* los cuales son similares a los que se reportaron en este hospital, sin embargo es necesario dar seguimiento y vigilancia de los catéteres para detectar posibles desviaciones en su manejo así mismo contar con un diagnóstico y cuidado de enfermería para prevenir los posibles eventos infecciosos, cabe mencionar que la bibliografía no refiere la importancia de la intervención de enfermería en el manejo de los catéteres venosos y la terapia intravenosa.

Las características que se observaron en los parches transparentes fue de que estos se adhieren a la piel de forma integra en un 92% y con desprendimiento parcial de alguno de los extremos fue de 8%; en cuanto a la humedad el aposito mantuvo seca la gasa en 43 pacientes con un 65% mientras que de forma ocasional (1 a 2 veces) se presentó en un 35% sin embargo 95% de las enfermeras refieren que si es necesario cubrir el aposito durante el baño y solo un 5% contestó que no.

En cuanto a los cuidados que realizó enfermería sobre los catéteres, está efectuó el cambio del parche de forma regular en un 71% mientras que el 29 % fue de manera irregular por otra parte el 80% de las enfermeras no utilizan alcohol para la remoción del parche previo desprendimiento de éste y solo un 20% refiere que si lo hace. En cuanto a la presencia de laceraciones

en piel posterior al uso de apósitos transparentes, esta se presentó en 22 pacientes con un 33% mientras que el resto de los pacientes (44) correspondió a un 67%. La presencia de laceración estuvo asociada a la irregularidad en cuanto al cambio de parche que se dio en 19 pacientes con un 29%, este cambio se efectuó cada 24 horas por turno o dos veces en 24 horas, sin tener alguna justificación aparente, otro factor fue el desprendimiento del parche para efectuar la curación del catéter ya que el 80% de las enfermeras no remueven con alcohol el parche previo desprendimiento y esto favorece al rompimiento de la piel en el momento de despegar el parche. Como se puede observar la proporción de laceraciones es de 1:2 debida a la irregularidad temporal del cambio y remoción del apósito transparente, siendo significativo ya que representa aproximadamente la 3ra parte de la muestra.

En base a los resultados obtenidos en este trabajo de investigación se concluye que existen todavía problemas en cuanto al manejo del catéter sobre todo en el cambio del parche y la vigilancia que este requiere para detectar datos de infección por lo tanto:

La Hipótesis Primaria planteada no se comprueba ya que los apósitos transparentes no son la causa directa de la pérdida de la integridad cutánea.

La Hipótesis Secundaria 1 referente al tipo de parche usado y la relación que tiene con el tipo de laceración se comprueba

La Hipótesis Secundaria 2 referente a la frecuencia de cambio de parches aumenta el riesgo de laceración se comprueba, ya que en 22 pacientes se encontró irregularidad en el cambio del apósito.

La Hipótesis Secundaria 3 referente al manejo de apósitos por el personal de enfermería no muestra regularidad en el procedimiento y

secuencia, esta se comprobó ya que se encontró la tercera parte de la muestra con irregularidad en el cambio del aposito.

VI. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en este trabajo de investigación se concluye que existen todavía problemas en cuanto al manejo del catéter sobre todo en el cambio del parche y la vigilancia que este requiere para detectar datos de infección. Es importante mencionar que el manejo que enfermería de a los catéteres venosos centrales es fundamental para prevenir procesos infecciosos. Esto incluye desde un lavado de manos, la utilización de otras barreras (guantes, cubrebocas) como llevar los principios de asepsia y antisepsia, mantener las líneas intravenosa con circuito cerrado, valoración del sitio de inserción y trayecto venoso del catéter cada 24 horas para detectar indicios de procesos infecciosos iniciales y reducir tempranamente las complicaciones. Por otra parte es importante dar reeducación nuevamente al personal de enfermería sobre la frecuencia de cambio de aposito de curación bajo los lineamientos ya establecidos en el hospital, ya que este se vio involucrado con la presencia de laceraciones de piel con un total de 22 pacientes con una relación de significancia de 1:2, debido al cambio irregular observado durante la permanencia del catéter, así mismo efectuar una supervisión constante en el manejo de los mismos en los servicios por el equipo de terapia intravenosa y supervisión con la finalidad de detectar desviaciones y corregirlas en el momento. Por otro lado es necesario que el área médica tenga lineamientos básicos para el manejo de catéteres desde el momento que este se vaya a instalar hasta su retiro con el propósito de estandarizar las prácticas en el manejo del catéter y la terapia intravenosa.

VII. PROPUESTAS

Para mejorar las prácticas en cuanto al cuidado de los catéteres es importante continuar con la enseñanza del personal de enfermería y concientizarla sobre la importancia que tiene el cuidado del catéter por lo cual es necesario estandarizar las prácticas en cuanto al manejo por lo cual se dan las siguientes propuestas con la finalidad de evitar problemas secundarios al paciente:

- ✘ Elaboración de un manual específico sobre el manejo de líneas intravenosas por parte del Departamento de Enfermería.
- ✘ Dar educación y adiestramiento al personal de enfermería para retroalimentación en el manejo de catéteres intravenosos.
- ✘ Concientizar al personal sobre el lavado de manos y las precauciones de barreras físicas para la instalación de CVC.
- ✘ Elaboración de un manual de técnicas específicas sobre la instalación y manejo de catéteres para el personal médico.
- ✘ Supervisar el manejo de preparación de medicamentos y soluciones por parte del servicio de enfermería.
- ✘ Contar con equipos de venoclisis y catéteres de óptima calidad.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Vázquez N. J, *Infección Asociada a Catéter en un Hospital Pediátrico*, México, 1994.
2. S. Ponce, *Infecciones Intrahospitalarias*, México, Ed. MacGraw-Hill-Interamericana, 1996.
3. <http://babelfish.altavista.com/cgi-bin/translate>
4. S. Ponce y Cols, Bacteremias y Endocarditis en Avances en Infecciones Intrahospitalarias, Tomo I, Ed. Medicina Mercadotecnia SA CV. 1999.
5. Informe Anual del Comité de Infecciones Hospitalarias, Hospital Juárez de México, 1999.
6. Manual de Terapia Intravenosa Hospital Juárez de México, 1995.
7. Berry y Knhom, Técnica de Quirófano, México, Ed. Interamericana, 5ta ed, 1981.
8. Carolyn D. "Una Completa Revisión sobre Catéteres Venosos Centrales", NURSING, Vol. 8, Num. 10, Ed. Doyma, 1990.
9. TEGADERM, DRESSING SEMIPERMEABLE ADHESIVE
10. <http://www.smu.co.uk/WMPRC/DATACARDS/HLML/TEGADERM>
11. Jane C.S. "Una Comparación de Aposito Transparente y Vendaje de Gasa Estéril para Catéteres Centrales de Larga duración en pacientes sometidos a Transplante de Médula Osea", NURSNG Oncology, Vol. 18, No 8 , pp. 1349-1356. 1991.
12. Laboratorios SMITH-NEPHEW.
13. ARROW MULTI-LUMEN, CENTRAL CATHETER, NURSING CARE GUIDELINES, 1994.

14. M.T. Rosas, "Terapia Intravenosa, Trabajo en Equipo para Evitar Complicaciones por Catéteres Venosos", Revista de Enfermería, México, Vol.7, Num 2, 1999, pp. 99-103.
15. R. Hernández, "Catéteres Intravasculares", Desarrollo Científico de Enfermería, México, Vol.7, No. 4, 1999.
16. S. Navarrete, Infecciones Intrahospitalarias, México, Ed, McGraw-Hill-Interamericana, 1998.
17. Roberta L.M., Prevención de la Infección Periférica, NURSIC, Ed. Doyma, Vol. 11, Núm.3 1993.
18. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
19. Ley General de Salud.
20. Proyecto de la Norma Oficial Mexicana para La Prevención De Infección Hospitalaria Agosto de 1999.
21. Brunner, Manual de la Enfermera, México, Ed Interamericana Macgraw-hill 3ra ed., 1991.
22. Klusek H. Bwen M, Enfermedades Cardiovasculares en Biblioteca para Enfermeras, México, Ed Científica PLM.SA de CV 2da ed, 1990.

IX. ANEXOS

ANEXO # 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

OBJETIVO: Analizar los cuidados de enfermería en pacientes
con Catéter Venoso Central

INSTRUCCIONES

Marque con una X la respuesta que usted considera correcta.

1. Categoría de la
Enfermera: _____

2. La aplicación de parches transparentes semipermeables
en
pacientes con catéter venoso central (CVC).

Fácil de aplicar () Dificil de aplicar ()

3. Los parches transparentes le proporcionan una mejor
visibilidad para observar el sitio de inserción.

Si () No ()

4. La protección del parche del CVC durante el baño del
paciente lo considera.

Necesario () No necesario ()

5. Ha observado reacciones en piel secundarias al uso de
parches permeables.

Si () No ()

6. Que tipo de complicaciones ha observado

Irritabilidad () laceración () Quemaduras ()

ANEXO # 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETERICIA

Objetivo: Observar los cuidados de enfermería que se le brindan al paciente con CVC.

FOLIO _____

1. NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
2. EXP: _____ SERVICIO _____
CAMA _____
3. FECHA DE INGRESO: _____ DX DE
ING: _____
4. FECHA DE INST. DEL CATETER: _____
5. MOTIVO DE INSTALACION DE CATETER: _____

6. Sitio de inserción del catéter:

Subclavio Der. () Yugular Int. () Braquial Der ()
Subclavio Izq. () Yugular Ext. () Braquial Izq ()

7. Tipo de parche utilizado:

Op-side 3000 () Tegaderm () Hidrofilm () MICRO ()

8. Técnica de Inserción del Catéter:

Percutaneo () Venodisección ()

9. Tipo de Catéter:

Unilumen () Bilumen () Trilumen ()

10. Tratamiento Administrado: _____

11. Motivo de Retiro: _____

12. Cultivo de Catéter: SI () NO ()

13. Gérmen encontrado: _____

14. Tipo de Infección: _____

15. Observaciones:

ANEXO # 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETERICIA

Objetivo: Observar los cuidados de enfermería que se le brindan al paciente con CVC.

FOLIO _____

1. NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
2. EXP: _____ SERVICIO _____
CAMA _____
3. FECHA DE INGRESO: _____ DX DE
ING: _____
4. FECHA DE INST. DEL CATETER: _____
5. MOTIVO DE INSTALACION DE CATETER: _____

6. Sitio de inserción del catéter:

Subclavio Der. () Yugular Int. () Braquial Der ()
Subclavio Izq. () Yugular Ext. () Braquial Izq ()

7. Tipo de parche utilizado:

Op-side 3000 () Tegaderm () Hidrofilm () MICRO ()

8. Técnica de Inserción del Catéter:

Percutaneo () Venodisección ()

9. Tipo de Catéter:

Unilumen () Bilumen () Trilumen ()

10. Tratamiento Administrado: _____

11. Motivo de Retiro: _____

12. Cultivo de Catéter: SI () NO ()

13. Gérmen encontrado: _____

14. Tipo de Infección: _____

15. Observaciones: _____

X. GLOSARIO

- Apósito Transparente :
Membrana de poliuretano delgada cubierta con un adhesivo acrílico.
- Permeabilidad del Parche:
Permite el paso al agua al vapor y al oxígeno.
- Cuidado:
Son acciones, basadas en el conocimiento de la persona y su entorno en donde se vincula a la enfermera y paciente.
- Frecuencia de cambio del Parche:
Es la realización del cambio del parche cuando este lo requiera y de acuerdo a la normatividad ya establecida por la institución.
- Excoriaciones:
Destrucción lenta del epitelio.
- Laceraciones Leve:
Herida desgarrada que solo compromete piel.
- Laceración Moderada:
Presencia de lesión que compromete piel y dermis.
- Laceración Severa:
Presencia de lesión que compromete piel, dermis y epidermis
- Infección Local:
Es la presencia de pus en el sitio de inserción, celulitis, rubor, hipertermia o tromboflebitis supurativa.
- Flebitis:
Presencia de cordón venoso palpable mas hipertermia, eritema e induración.

- Cordón venoso palpable:
Enrojecimiento local del trayecto venoso con dolor a la palpación.
- Hipertermia:
Elevación de la temperatura local por arriba de lo normal.
- Secreción:
Presencia de exudado a expensas de desechos celulares.
- Eritema:
Enrojecimiento de la piel, con aumento de la temperatura.
- Induración:
Se manifiesta por la presencia de endurecimiento de la vena.
- Irritabilidad:
Reacción anormal de un órgano.
- Bacteremia:
Se define como la identificación en hemocultivo de un microorganismo en pacientes hospitalizados o dentro de los primeros tres días posteriores al egreso, con manifestaciones clínicas de infección.
- Valoración:
Son las acciones que realiza la enfermera para evaluar al paciente por medio de observación o preguntas directas.
- Reacciones Adversas:
Son las manifestaciones clínicas secundarias a un cuerpo extraño en el organismo.
- Infección Hospitalaria:
Es la adquisición de una infección después de 48 a 72 horas de su ingreso del paciente a la unidad hospitalaria.