

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MEDICA
UNIDAD DE POST GRADO



COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN LA CANALIZACIÓN Y
MANEJO DE VÍAS PERIFÉRICAS, UNIDAD DE NEONATOLOGÍA
DE LA CLÍNICA ALEMANA, GESTIÓN 2019

AUTORA: Lic. Eleana Liced Mamani Choque

TUTORA: Mg. Sc. Lic. Ximena Jaqueline Quispe Mamani

Trabajo de Grado para optar al título de Especialista en Enfermería Neonatal

LA PAZ – BOLIVIA

2019

DEDICATORIA

A mi familia por estar conmigo durante todos estos años apoyándome siempre, al compañero de mi vida Jheysson quien me dio fuerzas cuando sentía que no podía más brindándome su amor en cada actividad que realizo y especialmente a aquellas hermosas personitas quien llegan al mundo recordándonos lo hermoso de la vida y las ganas de vivir en este mundo.

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro creador, por cuidarme protegerme durante todos estos años por brindarme fuerzas cuando más lo necesito.

A mis padres y hermanos por apoyarme y comprenderme durante todos estos años otorgándome fuerzas y ganas de continuar.

A mis Docentes de la UMSA que compartieron sus conocimientos con cariño, paciencia durante esta nueva etapa de mi vida.

A mi tutora quien dedico tiempo y esmero en la realización de este presente trabajo.

A la institución Clínica Alemana que me brindaron su apoyo y colaboración.

A mis compañeros de trabajo por la colaboración.

RESUMEN

La canalización y manejo de una vía periférica es la intervención que se realiza de manera cotidiana donde a través de un catéter periférico lograra la administración de soluciones, medicamentos, hemoderivados entre otros para mantener un equilibrio hemodinámico, **Objetivo:** Determinar las Competencias de Enfermería en la Canalización y Manejo de vías periféricas de la Unidad de Neonatología de la Clínica Alemana, **Método:** La investigación es de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal y cuantitativo. Los instrumentos de recolección fueron el cuestionario de conocimientos, hoja de observación para evaluar la práctica del personal de Enfermería posteriormente a la recolección de datos, la información fue procesada a través del programa S.P.S.S. versión 25. y categorizada por la escala de Likert **Resultados:** En relación a la experiencia laboral el 69% del personal de enfermería trabaja menos de 1 año en la Unidad de Neonatología en cambio el 19% trabaja entre 1 a 2 años, el 6% trabaja entre 3 a 5 años y el 6% trabaja más de 5 años. En las Competencias Cognitivas obtenidas a través de una encuesta el 75% del personal de enfermería tiene un nivel de conocimiento bueno sobre la canalización de vías periféricas en neonatos y 25% tiene un conocimiento regular. Con respecto a las Competencias Técnicas y Actitudinales obtenidas a través de la guía de observación realizada el personal de enfermería tiene el 63% un nivel regular y un 37% un nivel malo.

Palabras Claves:

Canalización, Catéter Intravenoso, Hemoderivado y Neonato.

ABSTRACT

The canalization and management of a peripheral pathway is the intervention that is carried out on a daily basis where through a peripheral catheter the administration of solutions, medications, blood products, among others, to maintain a hemodynamic balance, Objective: To determine the Nursing Competencies in the Channeling and Management of peripheral pathways of the Neonatology Unit of the German Clinic, Method: The research is descriptive, observational, cross-sectional and quantitative. The collection instruments were the knowledge questionnaire, observation sheet to evaluate the practice of Nursing staff after data collection, the information was processed through the S.P.S.S. version 25. and categorized by the Likert scale Results: In relation to work experience, 69% of the nursing staff work less than 1 year in the Neonatology Unit, on the other hand, 19% work between 1 to 2 years, 6% they work between 3 to 5 years and 6% work more than 5 years. In the Cognitive Competences obtained through a survey, 75% of the nursing personnel have a good level of knowledge about the canalization of peripheral pathways in neonates and 25% have a regular knowledge. Regarding the Technical and Attitude Competencies obtained through the observation guide carried out, the nursing staff has 63% a regular level and 37% a bad level.

Keywords:

Channeling, Intravenous Catheter, Hemoderivative y Neonate.

ÍNDICE DE CONTENIDO

N°		PÁG.
	DEDICATORIA.....	i
	AGRADECIMIENTO.....	ii
	RESUMEN.....	iii
	ABSTRACT.....	iv
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	JUSTIFICACIÓN.....	7
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
V.	OBJETIVOS.....	10
VI.	MARCO TEÓRICO.....	11
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
	7.1. TIPO DE ESTUDIO.....	28
	7.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	28
	7.3. UNIVERSO Y MUESTRA.....	29
	7.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	29
	7.5. OPERIALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
	7.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	36
	7.7. TÉCNICA DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	37
VIII.	CONSIDERACIÓN ÉTICA.....	37
IX.	RESULTADOS.....	38
X.	CONCLUSIONES.....	68
XI.	RECOMENDACIONES.....	69
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
XIII.	ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

N°		PÁG.
1.	TABLA N° 1. EXPERIENCIA LABORAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA.....	38
2.	TABLA N° 2. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA	39
3.	TABLA N° 3. NIVEL DE OSMOLARIDAD QUE SE DEBE ADMINISTRAR POR VÍA PERIFÉRICA VENOSA EN NEONATOS....	40
4.	TABLA N° 4 CONCENTRACIÓN DE DEXTROSA QUE SE DEBE INFUNDIR POR VÍA PERIFÉRICA VENOSA EN NEONATOS.....	41
5.	TABLA N° 5. ANTISÉPTICO UTILIZADO EN LA PIEL PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	42
6.	TABLA N° 6. ELECCIÓN VENOSA PARA LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	43
7.	TABLA N°7. CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LAS VÍAS PERIFÉRICAS.....	44
8.	TABLA N° 8. SIGNOS DE ALARMA A VALORAR EN LAS VÍAS PERIFÉRICAS EN NEONATOS.....	45
9.	TABLA N° 9. LAVADO DE MANOS ANTES DE REALIZAR LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	46
10.	TABLA N° 10. USO DE GUANTES PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	47
11.	TABLA N° 11. NUMERO DE INTENCIONES REALIZADAS PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	48
12.	TABLA N° 12. CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ELECCIÓN DEL N° BRÁNULA PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	49
13.	TABLA N° 13. N° BRÁNULA DE PREFERENCIA QUE UTILIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA CANALIZACIÓN PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	50

14.	TABLA N° 14. MATERIAL QUE EMPLEA ENFERMERA PARA LA FIJACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	51
15.	TABLA N° 15. IDENTIFICACIÓN QUE REALIZA LA ENFERMERA DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA EN NEONATOS...	52
16.	TABLA N° 16. PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE VALORA LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA PERIFÉRICA VENOSA ANTES Y DURANTE EL TURNO.....	53
17.	TABLA N° 17. TIEMPO DE DURACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA EN NEONATOS.....	54
18.	TABLA N° 18. SOLUCIÓN QUE UTILIZA PARA LA DILUCIÓN Y RE DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA PERIFÉRICA.....	55
19.	TABLA N° 19. TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS POR VÍA PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	56
20.	TABLA N° 20. LAVADO DE MANOS ANTES DE REALIZAR LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	57
21.	TABLA N° 21. USO DE GUANTES PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	58
22.	TABLA N° 22 ANTISÉPTICO UTILIZADO PARA LA DESINFECCIÓN DE LA PIEL PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	59
23.	TABLA N° 23 ELECCIÓN DEL VASO SANGUÍNEO PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA EN NEONATOS.....	60
24.	TABLA N° 24 NÚMERO DE INTENCIONES REALIZADAS PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	61
25.	TABLA N° 25 MATERIAL QUE EMPLEA ENFERMERÍA PARA LA FIJACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA.....	62
26.	TABLA N° 26 IDENTIFICACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA.....	63
27.	TABLA N° 27 VALORACIÓN LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA PERIFÉRICA VENOSA ANTES Y DURANTE EL TURNO.....	64

28. TABLA N° 28	TIEMPO DE DURACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA.....	65
29. TABLA N° 29	CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA QUE EMPLEAN PARA LA ELECCIÓN DEL N° BRÁNULA PARA LA CANALIZACIÓN.....	66
30. TABLA N° 30	SOLUCIÓN UTILIZADA PARA LA DILUCIÓN Y RE DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN POR VÍAS PERIFÉRICAS.....	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°		PÁG.
1.	GRÁFICO N° 1. EXPERIENCIA LABORAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA.....	38
2.	GRÁFICO N° 2. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA	39
3.	GRÁFICO N° 3. NIVEL DE OSMOLARIDAD QUE SE DEBE ADMINISTRAR POR VÍA PERIFÉRICA VENOSA EN NEONATOS....	40
4.	GRÁFICO N° 4 CONCENTRACIÓN DE DEXTROSA QUE SE DEBE INFUNDIR POR VÍA PERIFÉRICA VENOSA EN NEONATOS.....	41
5.	GRÁFICO N° 5. ANTISÉPTICO UTILIZADO EN LA PIEL PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	42
6.	GRÁFICO N° 6. ELECCIÓN VENOSA PARA LA CANALIZACIÓN DE UNA VIA PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	43
7.	GRÁFICO N°7. CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LAS VÍAS PERIFÉRICAS.....	44
8.	GRÁFICO N° 8. SIGNOS DE ALARMA A VALORAR EN LAS VÍAS PERIFÉRICAS EN NEONATOS.....	45
9.	GRÁFICO N° 9. LAVADO DE MANOS ANTES DE REALIZAR LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	46
10.	GRÁFICO N° 10. USO DE GUANTES PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	47
11.	GRÁFICO N° 11. NUMERO DE INTENCIONES REALIZADAS PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	48
12.	GRÁFICO N° 12. CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ELECCIÓN DEL N° BRÁNULA PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	49
13.	GRÁFICO N° 13. N° BRÁNULA DE PREFERENCIA QUE UTILIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA CANALIZACIÓN PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	50

14.	GRÁFICO N° 14. MATERIAL QUE EMPLEA ENFERMERA PARA LA FIJACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	51
15.	GRÁFICO N° 15. IDENTIFICACIÓN QUE REALIZA LA ENFERMERA DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA EN NEONATOS.....	52
16.	GRÁFICO N° 16. PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE VALORA LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA PERIFÉRICA VENOSA ANTES Y DURANTE EL TURNO.....	53
17.	GRÁFICO N° 17. TIEMPO DE DURACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA EN NEONATOS.....	54
18.	GRÁFICO N° 18. SOLUCIÓN QUE UTILIZA PARA LA DILUCIÓN Y RE DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA PERIFÉRICA.....	55
19.	GRÁFICO N° 19. TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS POR VÍA PERIFÉRICA EN NEONATOS.....	56
20.	GRÁFICO N° 20. LAVADO DE MANOS ANTES DE REALIZAR LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	57
21.	GRÁFICO N° 21. USO DE GUANTES PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	58
22.	GRÁFICO N° 22 ANTISÉPTICO UTILIZADO PARA LA DESINFECCIÓN DE LA PIEL PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	59
23.	GRÁFICO N° 23 ELECCIÓN DEL VASO SANGUÍNEO PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA EN NEONATOS.....	60
24.	GRÁFICO N° 24 NÚMERO DE INTENCIONES REALIZADAS PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.....	61
25.	GRÁFICO N° 25 MATERIAL QUE EMPLEA ENFERMERÍA PARA LA FIJACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA.....	62
26.	GRÁFICO N° 26 IDENTIFICACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA.....	63

27. GRÁFICO N° 27	VALORACIÓN LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA PERIFÉRICA VENOSA ANTES Y DURANTE EL TURNO.....	64
28. GRÁFICO N° 28	TIEMPO DE DURACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA.....	65
29. GRÁFICO N° 29	CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA QUE EMPLEAN PARA LA ELECCIÓN DEL N° BRÁNULA PARA LA CANALIZACIÓN.....	66
30. GRÁFICO N° 30	SOLUCIÓN UTILIZADA PARA LA DILUCIÓN Y RE DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN POR VÍAS PERIFÉRICAS.....	67

INDICE DE ANEXOS

N°		PÁG.
1.	ANEXO N° 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	72
2.	ANEXO N° 2 CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS.....	73
3.	ANEXO N° 3 HOJA DE OBSERVACIÓN EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA.....	77
4.	ANEXO N° 4 CORRESPONDENCIA ENVIADA.....	78
5.	ANEXO N° 5 VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO Y HOJA DE OBSERVACIÓN.....	80
6.	ANEXO N° 6 PROTOCOLO PARA LA CANALIZACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS EN NEONATOS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	83

I. INTRODUCCIÓN

El periodo gestacional se divide en tres trimestres haciendo un total de 42 semanas de gestación, se puede considerar normal cuando transcurre sin complicaciones, en cambio cuando se desarrolla en un ambiente complejo y depende de las variables que pueden afectarlo, por lo tanto es fundamental prestar una atención adecuada al recién nacido conocer el estado materno durante el embarazo ya que influye de manera directa para así tomar medidas profilácticas, evitar complicaciones y anticipar tratamientos que disminuyen los riesgos antes, durante el parto y después.

Cuando surgen complicaciones patológicas causan inestabilidad fisiológica y hemodinámica y suelen ser causadas por a consecuencia de alteraciones congénitas, trastornos metabólicos, prematuridad, asfixia perinatal y problemas durante el embarazo.

Existen diferentes procedimientos que se llevan a cabo para la atención de un neonato de alto riesgo las cuales son muy propias de enfermería que ayudaran en el manejo terapéutico y no terapéutico una de ellas es la administración de medicamentos o soluciones intravenosas para lo cual se debe realizar una canalización venosa periférica.

La canalización de una vía periférica es una de las intervenciones propias de enfermería donde a través de un catéter se ingresa a un vaso sanguíneo periférico que lograra la administración de soluciones, medicamentos, hemoderivados entre otros para mantener un equilibrio hemodinámico, por tal importancia ya que es una intervención de mayor uso en neonatos.

La canalización de una vía venosa periférica, es un procedimiento invasivo y muchas veces traumático para el neonato es una indicación médica específica, para la toma de exámenes, terapias antibióticas o no antibióticas, reanimación, monitorización y debe ser suspendido cuando el motivo de instalación ha cesado. El procedimiento, no está exento de complicaciones y no siempre se obtiene de primera intención, lo que puede conducir a las multipunciones situación que debe llamar a la reflexión, pues se trata del bienestar del neonato, de disminuir el riesgo el dolor y de reconocer nuestras limitaciones, para mejorar la calidad de atención.

La evaluación del dolor, en los neonatos es un desafío para el profesional de enfermería, el que debe manejar habilidades intelectuales, técnicas, relacionales, afectivas y de comunicación, de modo de aliviar y otorgarle el más completo bienestar al neonato.

La prevención de las complicaciones potenciales ya sean locales o sistémicos, en especial las relacionadas con la infección, signos de alarma como la flebitis, extravasación, eritema, tapones o coágulos entre otros que se deben evaluar a todo neonato portador del catéter venoso periférico, son aspectos de suma importancia para lo cual se requiere crear el sustento adecuado para el profesional de enfermería otorgando una herramienta disponible con el fin de disminuir complicaciones creando un protocolo así estandarizar el procedimiento para la instalación, mantenimiento y retiro de la vía venosa periférica.

En este sentido el presente trabajo pretende determinar las competencias de enfermería que posee el personal que brinda cuidados a los neonatos que portan una vía periférica.

II. ANTECEDENTES

Florián, Villena, Lorena en Trujillo – Perú el 2015 en su Tesis “conocimiento de enfermería sobre canalización de vía periférica y la presencia de flebitis en el neonato” El estudio es una investigación descriptiva y correlacional, se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital Belén, con la finalidad de establecer la relación que existe entre nivel de conocimiento de la enfermera sobre canalización de vía periférica y la presencia de flebitis en neonatos. La muestra estuvo conformada por 30 enfermeras de Neonatología y 30 neonatos que cumplieron con criterios de inclusión. La recolección de datos se obtuvo mediante 2 instrumentos: “Cuestionario para medir el nivel de conocimiento de la enfermera sobre canalización de vía periférica” y “Guía de Observación para Identificar la presencia de Flebitis en el neonato”. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS Windows Versión 22. Para determinar la relación se empleó la prueba Chi Cuadrado. Después del análisis se concluyó: Del total de enfermeras el 20% tienen nivel de conocimiento bajo con respecto a la canalización de vías periféricas en el neonato, 66.7% conocimiento medio y 13.3% alto. El 53,3% de neonatos tienen flebitis y 46,7% no lo tiene. Si existe relación entre el nivel de conocimientos y la presencia de flebitis (valor $p > 0,10$).¹

Rivas Lienqueo A., Rivas Riveros E. en Temuco – Chile el 2008 en su artículo Evaluación de protocolos de seguimiento de vías venosas periféricas neonatología con el **Objetivo:** conocer las causas que se asocian a las multipunciones en el recién nacido, con el propósito de focalizar estrategias de mejoramiento utilizo como **Material y Método:** Un tipo de estudio de Diseño de corte transversal y asociación, con una **Muestra:** de 371 protocolos clínicos de vías venosas periféricas; variables: edad gestacional, motivo de retiro, horas de duración, obtuvo los siguientes **Resultados:** 60,65% de las vías venosas periféricas corresponden a recién nacidos mayores de 1500grs. y 39,35% a recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (<1500grs). El 64,42% de las vías, se instala en primera punción y 35,58% requiere más de un intento. En viabilidad de las vías venosas periféricas, 68,45% permanece

in situ más de 24 horas, 30,45% más de 48 horas, 1,08% menos de una hora y 22,37% entre 49 y 72 horas. En recién nacidos pretérmino, el 62,68% de las vías venosas periféricas duró menos de 72 horas in situ y en el recién nacido de término, 37,32%, p: 0.038. Motivo de retiro de las vías: 34,77% por extravasación, 15,36% por término de uso, 10,51% por vencimiento y flebitis 12,67%, con las siguientes **Conclusiones:** Existe un elevado porcentaje de multipunción, extravasación y limitada duración. Se debe considerar movilidad del neonato, inmovilización, características de la piel y la calidad de los insumos.²

Velázquez Mendoza S., Gómez Alonso C., Cuamatzi Peña M. Teresa, Izquierdo Puente M. Isabel en México el 2009 en su artículo Conocimiento y criterios de enfermería para evitar flebitis en neonatos con catéter venoso periférico con el **Objetivo:** analizar el conocimiento y el criterio de enfermería para evitar se presente flebitis en el neonato con catéter venoso periférico utilizo como **Metodología:** un estudio descriptivo, transversal a 17 enfermeras y 43 neonatos ingresados al servicio de infectología pediátrica. Se aplicó un instrumento con 37 reactivos, se evaluaron tres dimensiones: conocimiento, criterio y técnica. Una lista de cotejo para medir la flebitis de acuerdo a los indicadores de calidad de la Norma Oficial en la Vigilancia y Control de Venoclisis Instaladas de la SSA. 2001, obtuvo los siguientes **Resultados:** se identificó la evidencia que la flebitis es uno de los principales problemas del uso de catéteres intravenosos cortos. En el grupo de edad entre 20 a 25 años aportó significancia estadística, en la técnica ($F = 4.663$, $gl = 3$, $sig: = 0.020$) es quien mejor lo realiza con un promedio de ejecución de 2.25, con respecto a conocimiento y criterio no hay cifras estadísticamente significativas, con la siguiente **Discusión:** los resultados encontrados muestran que el riesgo de flebitis se incrementa con el tiempo de permanencia de los dispositivos intravasculares periféricos, al presentar flebitis en las primeras 24 a 48 horas de instalado un catéter venoso periférico, se identificó la evidencia que la flebitis es uno de los principales problemas del uso de catéteres intravenosos cortos. En el grupo de edad entre 20 a 25 años aportó significancia estadística, en la técnica ($F = 4.663$, $gl = 3$, $sig: =$

0.020) es quien mejor lo realiza con un promedio de ejecución de 2.25, con respecto a conocimiento y criterio no hay cifras estadísticamente significativas

Olmedo Buenrostro B. Alicia, Velasco Rodríguez R., Godínez Gómez R. en México el 2004 en su artículo Acciones para restablecer la permeabilidad de la venoclisis por personal de enfermería con el **Objetivo:** Identificar las acciones realizadas por el personal de enfermería del Hospital Regional Universitario para restablecer la permeabilidad de venoclisis, utilizo como **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal con muestreo no probabilística por conveniencia con 34 enfermeras (os). Se efectuó estudio de sombra, cegado en donde se comparó las acciones referidas con las realizadas durante las acciones para permeabilizar las venoclisis. Análisis mediante estadística descriptiva, obtuvo los siguientes **Resultados:** El 11.8% refirió utilizar un bolo de infusión de solución fisiológica y se observó que lo realiza 41%; 11.8% refirió torcer el tubo del equipo y 20.6% lo realizó; 11.8% refirió observar si el equipo estaba doblado y solo 3% lo efectuó; 11.8% menciona verificar altura adecuada del frasco de solución y lo realizó 3%; 7% afirmó aplicar heparina y nadie lo realizó con las siguientes **Conclusiones:** La práctica de enfermería debe basarse en la observancia de criterios éticos que protejan la integridad del paciente, ante una venoclisis obstruida es conveniente que se realicen primeramente medidas de observación antes que las de acción o manipulación.⁴

Barria P R. Mauricio, Santander M Gema en su artículo el contexto de un hospital público y con el objetivo de comparar la facilidad de venopunción, tipo e incidencia de complicaciones de dos métodos de cateterización venosa periférica usados en cuidado intensivo neonatal, se realizó un estudio prospectivo no controlado con 828 dispositivos fueron instalados en 75 neonatos, empleándose 595 cánulas de Vialon® y 233 agujas de acero tipo mariposa. Hubo diferencia estadísticamente significativa a favor del catéter de Vialon® en la permanencia promedio. En dispositivos instalados en menores de 1.500g se evidenció significativa mayor duración de las cánulas Insyte® y menor tiempo de instalación y menor cantidad de

intentos de venopunción de las agujas tipo mariposa. El principal motivo de retiro para ambas alternativas fue la extravasación en casi 75%. No hubo diferencias en la incidencia de flebitis, pero sí en la incidencia de necrosis tisular en las cánulas tipo mariposa (RR:17,8; IC₉₅ 2,2 _ 144,5). El uso de cánulas de Vialon[®] es más recomendable incluso cuando se prolongan por más de 72 horas.⁵

José M^a Jiménez Pérez; Laura Rodríguez Rodríguez; Sara García Villanueva; Rosa M^a Revilla Llarena en el Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid en su artículo Utilización y Mantenimiento de los Catéteres Venosos Periféricos en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, indica que la inserción de catéteres venosos periféricos (CVP) es una técnica muy habitual en las unidades de neonatología de los hospitales, y es responsabilidad de la enfermería su inserción, mantenimiento y prevención de posibles complicaciones derivadas de la aplicación de este procedimiento utilizo como **Material y métodos.** Estudio prospectivo de 143 CVP insertados a 68 neonatos, el propósito fue la evaluación de las características clínicas y epidemiológicas del uso y permanencia del CVP en el neonato según el lugar de inserción, peso, edad gestacional, tratamiento endovenoso utilizado, y tipo de catéter, obtuvo los siguientes **Resultados.** De los pacientes con CVP el 67.8% fueron varones, la media de la edad gestacional 35.07 ± 4.2 semanas, peso 2450.9 ± 1032.22 g, tiempo de hospitalización 23.18 ± 18.66 días, y duración del CVP 2.63 ± 2.10 días. Las complicaciones clínicas observadas más frecuentes: extravasación (48.3%) y flebitis (3.5%). El lugar de inserción del catéter más utilizado fue la flexura de la extremidad superior (41.55%), seguido de la mano (30.28%). El microorganismo más habitual observado en los hemocultivos positivos fue el Staphylococcus Epidermis (8.28%), y en los frotis rectales la Klebseilla Pneumoniae (10.34%).⁶

III. JUSTIFICACIÓN

La canalización de una vía venosa periférica es una actividad cotidiana y de responsabilidad directa de enfermería en todas las instituciones de salud, por lo tanto, esa actividad es de gran importancia tanto para la enfermera como para los neonatos internados por lo que es importante la experiencia, conocimientos científicos del personal de enfermería para la canalización, mantenimiento y cuidado e identificar si existiera alguna complicación.

La canalización venosa por ser un procedimiento invasivo y traumático lo ideal es obtenerlo a primera intención, sin embargo en ocasiones puede conducir a la multifunción, además la elección correcta del calibre, fijación y cuidados para prevenir complicaciones que pueden presentarse sin embargo esta situación debe llamar a la reflexión, pues se trata del bienestar de cada neonato que necesita una vía venosa y disminuir el dolor generado reconociendo nuestras limitaciones, para mejorar la calidad de atención.

Por lo tanto, se recalca que es la enfermera quien comparte la mayor parte del tiempo con el neonato durante la hospitalización y por lo mismo la hace la directa responsable e indicada para detectar signos de alarma en caso de alguna complicación y reconocer y realizar los cuidados correspondientes y de la manera adecuada durante la inserción, mantenimiento y el cuidado del acceso venoso.

La investigación se justifica en los beneficios que generen los cuidados desde un punto de vista profesional, y se aplicara en enfermería basada en la evidencia científica ya que el personal lograra contar en el servicio con un protocolo, mejorando significativamente su intervención en la práctica y, por ende, en los cuidados que proporcionan a los neonatos internados y disminuir las posibles complicaciones, generando intervenciones de enfermería para disminuir el dolor, estrés, multipunciones entre otras así brindar una atención adecuada y oportuna.

Además, este estudio será de beneficio para la institución, porque se brindará al personal de enfermería motivación en crear protocolos que estandaricen los cuidados específicos de enfermería y estos resultados podrán tomarse como base en los programas de educación continuada que persigue mantener la calidad de la atención brindada.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el tiempo de gestación pueden surgir complicaciones patológicas que causan inestabilidad fisiológica y hemodinámica y suelen ser causadas por consecuencia de alteraciones congénitas, trastornos metabólicos, prematuridad, asfixia perinatal y problemas durante el embarazo.

Existen diferentes procedimientos que se llevan a cabo para la atención de un neonato de alto riesgo las cuales son muy propias de enfermería que ayudan en el manejo terapéutico y no terapéutico una de ellas es la administración de medicamentos o soluciones intravenosas para lo cual se debe realizar una canalización venosa periférica.

El personal de enfermería es la responsable de la canalización venosa periférica en neonatos y por ser una indicación médica específica, para la toma de exámenes, terapias antibióticas o no antibióticas, entre otras, esta instalación no siempre se obtiene de primera intención, por diferentes factores entre ellas la temperatura del neonato, irritabilidad, estrés generado que puede llegar a una hemorragia intracraneal, la anatomía de los vasos sanguíneos, fijación de la vía canalizada, el número de intenciones que conducen a una multipunción, y generar las múltiples complicaciones en la instalación y mantenimiento de la vía venosa como ser: flebitis, contracturas musculares, molestias, enrojecimiento, signos de infección, endurecimiento el trayecto ascendente de la vena, y en la instalación la infiltración e incluso por una técnica inadecuada en la fijación de dicho acceso venoso, debido a que es un procedimiento invasivo que requiere romper la línea delgada de la primera capa de protección como ser la piel.

La evaluación del dolor, en los neonatos es un desafío para el profesional de enfermería, el que debe manejar habilidades intelectuales, técnicas, relacionales, afectivas y de comunicación, de modo de aliviar y otorgarle el más completo bienestar al neonato, más aún en el momento para la canalización la terapia no antibiótica para así disminuir el dolor generado y así lograr una inserción exitosa.

El Servicio de Neonatología de la Clínica Alemana de La Paz – Bolivia, brinda atención a todo neonato, por lo tanto el personal de enfermería mantiene una rotación por este servicio y no un personal fijo por lo cual son las responsables directas en la instalación, mantenimiento y cuidados de vías periféricas y así prevenir posibles complicaciones y es ahí que se ve la necesidad de determinar cuáles son las competencias de enfermería en la canalización y manejo de vías periféricas de la unidad de neonatología de la Clínica Alemana durante los meses de junio a octubre de la gestión 2019.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las Competencias de Enfermería en la canalización y manejo de vías periféricas, Unidad de Neonatología de la Clínica Alemana gestión 2019?

V. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las Competencias de Enfermería en la canalización y manejo de vías periféricas de la Unidad de Neonatología, Clínica Alemana gestión 2019.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar el tiempo de experiencia laboral.
- ❖ Establecer las competencias cognitivas.
- ❖ Identificar las competencias técnicas.
- ❖ Conocer las competencias actitudinales.

VI. MARCO TEORICO

6.1. DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS

Las competencias parecen constituir, en la actualidad, una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. En una visión y organización sistémica, las competencias han sido incluso capaces de expresarse como un sistema de certificación de competencias legalmente establecido en varios países del mundo, incluidos proyectos en América Latina. Más que una moda, se trata de "un vínculo entre el trabajo, la educación formal y la capacitación", la implantación de nuevos valores y normas de comportamiento.

La competencia tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. La flexibilidad y capacidad de adaptación resultan claves para el nuevo tipo de logro que busca el trabajo y la educación como desarrollo general, para que las personas hagan algo con lo que saben. El término competencia, entonces, puede ser definido de manera general, como un "*saber hacer, sobre algo, con determinadas actitudes*", es decir, como una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la integración de sus conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades personales. El término alude, en primer lugar, al carácter eminentemente práctico de toda competencia. Para saber si alguien es competente es indispensable observarlo actuando; es decir, no se es competente cuando sólo se sabe cómo se debe hacer, sino cuando se hace efectivamente y de una manera adecuada. En segundo lugar, la definición hace referencia al *algo* sobre el que se sabe hacer, que es el contenido de la competencia. En último lugar, para poder afirmar de alguien que es competente no basta saber qué hace ese algo, sino que importa mucho, la manera o la actitud con la que actúa.

Nuevamente se hace referencia a los aprendizajes que hacen a alguien competente: sabe quién es, sabe hacer, emprender y hacerlo con otros y, finalmente, cómo hizo para saberlo. Pueden establecerse de forma general, 3 grupos de competencias:

6.1.1. Competencias Básicas

Son aquellas en las que la persona construye las bases de su aprendizaje (interpretar y comunicar información, razonar creativamente y solucionar problemas, entre otras). Las competencias básicas están referidas fundamentalmente a la capacidad de "aprender a aprender" que afirma la erradicación definitiva de la concepción de que es posible aprender de una vez y para siempre y de que en el aula se puede reproducir todo el conocimiento. Requiere de instrumentaciones básicas como la idoneidad para la expresión oral y escrita y del manejo de las matemáticas aplicadas y pone en movimiento diversos rasgos cognitivos, como la capacidad de situar y comprender de manera crítica, las imágenes y los datos que le llegan de fuentes múltiples; la aptitud para observar, la voluntad de experimentación y la capacidad de tener criterio y tomar decisiones. Entre las competencias básicas que suelen incluirse en los currículos se encuentran la comunicación verbal y escrita, la lectura y la escritura, las nociones de aritmética, el trabajo en equipo, la resolución de problemas y la enseñanza de lenguas extranjeras.

6.1.2. Competencias Personales.

Son aquellas que permiten realizar con éxito las diferentes funciones en la vida (actuar responsablemente, mostrar deseo de superación y aceptar el cambio, entre otras). Las competencias personales constituyen un conjunto de difícil definición, pues están en función de las capacidades y potencialidades de expresión de un grupo de características que se manifiestan en dependencia del ambiente en que se desarrolle la actividad, tales como:

Seguridad en sí mismo, capacidad para dominar los sentimientos y las tensiones emocionales, curiosidad, argumentación crítica y capacidad analítica.

6.1.3. Competencias Profesionales.

Son las que garantizan cumplir con las tareas y responsabilidades de su ejercicio profesional. Se reconoce que las cualidades de las personas para desempeñarse productivamente en una situación de trabajo, no sólo dependen de las situaciones de aprendizaje escolar formal, sino también del aprendizaje derivado de la experiencia en situaciones concretas de trabajo. Es de señalar que la integración

de todas las competencias expuestas representa los factores críticos de éxito profesional.

6.2. VIA PERIFERICA

Se entiende por vía o acceso venoso periférico al abordaje de una vena superficial de localización extra-aponeurótica, generalmente en las extremidades superiores, realizado por medio de un catéter. Esta aplicación, se ha generalizado en la asistencia hospitalaria hasta el punto de que casi la totalidad de pacientes son portadores de uno o más catéteres venosos.

La cateterización venosa periférica consiste en la inserción de un catéter de corta longitud en una vena superficial con fines de diagnósticos o terapéuticos. Por lo tanto, se considera accesos venoso periféricos, las siguientes zonas: vena cefálica, vena basílica, vena mediana cefálica, vena ante braquial cefálica, vena accesoria cefálica.

La venopunción en zona de pliegue sólo debe utilizarse para la toma de muestra sanguínea. En caso de una vía venosa periférica utilizar accesos venosos de brazo, antebrazo y manos a fin de prevenir complicaciones.

6.2.1. Descripción del Catéter o Bránula

Catéter sobre la aguja, de corta longitud (menor de 7 cm) insertado por venopunción percutánea en una vena de la mano o del antebrazo. Existen varios tipos, pero siempre conserva las partes básicas y los tamaños estandarizados.

Partes de un catéter periférico

- ❖ **Aguja o Guiador:** Es una aguja hueca que permite acceder a la vena por medio de la punción, además de dar rigidez al catéter de plástico. Las agujas están fabricadas y su calibre se mide en gauges para catéter cortos, término en inglés que significa calibre y que se expresa por su inicial G, cuyo valor es inversamente proporcional al grosor de la aguja, es decir, a mayor número de catéter, menor calibre y viceversa.

- ❖ **Catéter:** Dispositivo de plástico que permanecerá en la vena seleccionada y mediante el cual se podrá tener el acceso directo a esta. Algunos materiales de ciertos catéteres presentan también irregularidades superficiales que favorecen la adherencia microbiana y, por consiguiente, las infecciones del torrente sanguíneo. Además, determinados materiales son más trombo génico que otros, siendo una característica que también puede constituir una predisposición a la colonización de catéter y las infecciones.
- ❖ **Eje del catéter:** Acople que evita que el catéter ingrese al torrente sanguíneo y a través del cual se adaptan dispositivos especiales (inyectoras, set de infusión, obturadores, extensiones, conectores, etc.) para llevar a cabo distintos procedimientos, son de distintos colores indicando el grosor del catéter, por ejemplo: un catéter 24 G, utilizado en pacientes neonatales es de color amarillo para la mayoría de las casas comerciales, 22G 1,1mm de 2.5cm de longitud, color celeste calibre 0,9 mm de 2.5cm de longitud.
- ❖ **Eje de plástico de la aguja:** Cámara hueca, donde una vez que el catéter a perforado la vena, esta cámara se va llenando de sangre, permitiéndole a la profesional conocer que ya está en el interior del vaso.
- ❖ **Tapón Protector:** Funciona como una tapa/tapón para el “eje plástico de la aguja” impidiendo que la sangre fluya al exterior.

La vía periférica es de fácil acceso y suele dar pocas complicaciones, siempre y cuando no se haga el abuso del capital venoso periférico y la práctica se atenga a los protocolos de salud recomendados.

Terapia de infusión cuya duración no sobrepase los 6 días, los fluidos y medicamentos a ser administrados poseen un pH comprendido entre 5 - 9 y una osmolaridad menor a 500 ml os/litro.

- ❖ Reposición de líquidos y electrolitos.
- ❖ Administración de medicamentos intravenosos.
- ❖ Transfusión de sangre.
- ❖ Mantener una vía venosa permeable para casos de emergencia.
- ❖ Realización de estudios diagnósticos.

6.3. ANATOMÍA DE LOS VASOS SANGUÍNEOS

El aparato circulatorio es la estructura anatómica que comprende tanto al sistema cardiovascular que conduce y hace circular la sangre (torrente sanguíneo), como al sistema linfático que conduce la linfa. El sistema circulatorio será el responsable de transportar los diferentes nutrientes y el oxígeno a todas las células del organismo, de igual forma que recoger los productos residuales y el anhídrido carbónico. Los líquidos corporales pueden desplazarse por un sistema de lagunas o cavidades corporales o bien mediante los vasos sanguíneos.

El sistema circulatorio humano está constituido por tres tipos de vasos sanguíneos:

- ❖ **Arteria:** Es un gran vaso con tejido muscular en su pared que transporta la sangre que proviene del corazón a los órganos y tejidos del cuerpo. Las arteriolas son pequeñas ramas de la arteria que tienen unos 0,2 mm de diámetro.
- ❖ **Las venas y las vénulas:** Son vasos que transportan la sangre de los órganos y los tejidos hacia el corazón. Las venas tienen pequeñas válvulas que se abren para permitir el paso de la sangre y se cierran para evitar que fluya en sentido contrario.
- ❖ **Los capilares:** Tienen tamaño microscópico. Unen las arteriolas y las vénulas a través de una red de metarteriolas.

La distribución del volumen sanguíneo es la siguiente:

- ❖ Las venas contienen el 75% del volumen de sangre del cuerpo.
- ❖ Cerca de un 20% del volumen sanguíneo está en las arterias.
- ❖ Sólo el 5% del volumen está en los capilares.

6.3.1. Venas

La vena es la parte del sistema vascular que tiene como función el retorno de la sangre al corazón, con los productos de desecho del organismo. Consta de tres membranas o túnicas:

- ❖ **Túnica íntima:** Es una membrana de endotelio continua desde los capilares hasta el endocardio. Proporciona una superficie para la agregación plaquetaria, en el caso de que se produzca un traumatismo, como puede ser también la introducción de un objeto extraño dentro del vaso. La respuesta inflamatoria comienza en este punto. El trauma de la íntima durante la inserción de cualquier método de perfusión endovenosa comienza aquí, teniendo luego relación con las complicaciones posteriores, en concreto con la producción de flebitis mecánica estéril. La íntima tiene unos colgajos de endotelio o válvulas que se cierran por efecto de la vasoconstricción y que podrían dificultar la progresión del catéter. Favorecen esta reacción el frío y el estrés del paciente.
- ❖ **Túnica media:** Compuesta de células musculares y tejido elástico depositado circularmente alrededor del vaso. La respuesta de vasoconstricción ante una punción venosa ocurre aquí (es una respuesta de carácter simpático).
- ❖ **Túnica adventicia:** Consiste en tejido conectivo areolar compuesto por una fina red de colágeno y fibras elásticas. Esta capa contiene las arterias y las venas que suministran a los vasos sanguíneos.

6.3.2. Venas de los Miembros Superiores

- ❖ **Vena basílica:** Es la más gruesa de todas, asciende por el lado interno del antebrazo y llega a la cara anterior de la extremidad un poco por debajo del codo. En el pliegue del codo recibe la comunicación con la cefálica. La vena basílica es una de las venas más grandes del cuerpo, extendiéndose hacia arriba a lo largo del borde interno del antebrazo hasta el codo, continúa aproximadamente hasta el medio del brazo y se une a la vena braquial. La vena basílica y la vena braquial se unen y continúan como la vena axilar.
- ❖ **Vena cefálica:** Comienza a nivel de la muñeca y pasa a la cara anterior, asciende en el lado extremo hasta llegar finalmente al surco deltopectoral, entre los deltoides y el pectoral mayor, y desemboca en la vena axilar. La mayor parte de la vena cefálica suele ser visible en el sujeto vivo. La vena

cefálica se extiende a lo largo del bíceps hasta el hombro, donde se une con la vena axilar, justo debajo de la clavícula. En algunas personas esta vena conecta con la vena yugular externa o vena subclavia mediante una ramificación que se extiende delante de la clavícula.

- ❖ **Vena braquial:** El término “braquial” se refiere al brazo, concretamente a la zona comprendida entre el codo y el hombro. Las dos venas braquiales acompañan a la arteria braquial. Cada vena comienza justo por debajo de la articulación del codo y asciende hasta el tendón del músculo redondo mayor en la axila. Las venas braquiales drenan en la vena axilar.
- ❖ **Vena axilar:** La vena axilar o de la axila, es una continuación de la vena basílica de los brazos. Es grande y se extiende a lo largo del tórax hasta la primera costilla, donde se convierte en la vena subclavia. La cefálica se une con ésta justo antes de convertirse en la vena subclavia.
- ❖ **Vena cubital:** Es una vena profunda del antebrazo que acompaña la arteria cubital. La vena cubital viene de la mano y sube por el borde del carpo (muñeca), por el antebrazo y hasta la flexura del codo, donde desemboca en la vena braquial. Varias ramas reciben sangre de las venas palmares profundas, las venas superficiales de la muñeca y las venas dorsales.

6.3.3. Venas de la Mano

- ❖ **Vena palmar:** Las venas palmares profunda y superficial siguen el camino de las arterias palmares profunda y superficial, cruzando la palma y conectándose con la vena cubital y la radial.
- ❖ **Vena radial:** Es un vaso grande y profundo que acompaña a la arteria radial. Recorre la mano, gira alrededor de la cara dorsal del carpo (muñeca) y se dirige por la cara radial del antebrazo hasta el codo. Se junta con la vena cubital para formar la vena braquial.
- ❖ **Venas dorsales metacarpianos:** Las venas dorsales metacarpianos son tres, descansan en el dorso de la mano cerca de las arterias dorsales metacarpianos, recogen la sangre de los dedos segundo, tercero y cuarto, y desembocan en la red venosa dorsal de la mano.

- ❖ **Venas palmares metacarpianos:** Como su nombre indica, descansan en la palma de la mano. Reciben sangre de la región palmar metacarpiana y desembocan en el arco palmar profundo. El arco palmar profundo entonces se vacía en la vena radial y la sangre pobre en oxígeno continúa hacia el corazón y pulmones para expulsar los desechos y ser re oxigenada.

6.3.4. Venas de los Miembros Inferiores

- ❖ **Vena ilíaca externa, interna y vena ilíaca común primitiva:** La vena ilíaca externa es una continuación de la vena femoral. Se extiende hacia arriba a lo largo de la pelvis y finalmente se une con la ilíaca interna para formar la vena ilíaca común. La vena ilíaca común izquierda y la derecha convergen para formar la vena cava inferior. Las venas ilíacas reciben sangre de las extremidades inferiores y la pelvis. La ilíaca externa contiene una o dos válvulas, mientras que las venas ilíacas interna y externa no tienen ninguna.
- ❖ **Vena femoral:** Se extiende hasta el interior del muslo paralela a la arteria femoral hacia la ingle, donde se une con la vena safena y se convierte en la vena ilíaca externa. La vena femoral recibe la mayor parte de la sangre de las piernas y tiene cuatro o cinco válvulas que ayudan en el proceso de transporte de la sangre. Las válvulas se abren para permitir que pase la sangre y se cierran para evitar el reflujo de ésta.
- ❖ **Venas safenas:** Están situadas en la pierna. La vena safena corta comienza en el arco externo de la parte superior del pie y asciende a lo largo del tendón de Aquiles hasta la vena poplítea. Recibe muchos ramos venosos de la parte posterior de la pierna y la parte posterior de los pies. La vena safena larga o gran vena safena, comienza a lo largo del arco interno de la parte superior del pie y asciende a lo largo del borde interno de la pierna a través del muslo hasta la vena femoral. Ambas tienen válvulas que ayudan en el proceso de transporte de la sangre. Hay más válvulas situadas en el muslo. En cirugía de bypass, la vena safena se extrae de la pierna y se utiliza como injerto.

6.4. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TERAPIA INTRAVENOSA

Los criterios básicos son la preservación del capital venoso del paciente y el uso racional de su anatomía vascular, esto estará relacionado con el tiempo estimado de necesidad de terapia intravenosa y las características de los productos a infundir: la osmolaridad, el pH, si es un producto vesicante o irritante, etc. El primer cuidado que debe tener la profesional en enfermería será el de utilizar el siguiente criterio de selección del acceso venoso y el dispositivo adecuado en relación al calibre del vaso sanguíneo.¹⁰

6.5. INDICACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA

La vía venosa periférica se utiliza en las siguientes situaciones:

- ❖ Cuando no es posible administrar la medicación o los líquidos por vía oral.
- ❖ Cuando se requieren efectos inmediatos de los fármacos.
- ❖ Cuando la administración de sustancias imprescindibles para la vida no se puede realizar por otro medicamento.

6.6. TIPOS DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA

La terapia intravenosa puede ser administrada en forma de bolo o embolada, a través de un equipo intravenoso (equipo de venoclísis, branula, llave de tres vías, solución indicada) secundario intermitente o mediante infusión intravenosa continua.

6.6.1. Forma Directa o Bolo

El procedimiento más directo es la administración del medicamento como bolo, ya sea solo o diluido. El fármaco así administrado actúa de forma inmediata, por lo que el usuario debe ser vigilado ante la posibilidad de reacciones adversas incluso amenazantes para la vida, como la anafilaxia o las arritmias cardíacas. Esta forma de administración de la terapia intravenosa también supone un riesgo mayor de lesión de la vena. Por lo general, su uso no es de elección debido a estas complicaciones ya que, en la mayoría de los casos, los fármacos necesitan un tiempo de infusión más prolongado.

6.6.2. Intermitente

Esta forma de administración se utiliza generalmente para la perfusión de soluciones acuosas de algún soluto, es decir, el resultado de diluir un soluto en agua, pero sin que ésta contenga soluto sobrenadando, depositado en el fondo del recipiente o flotando en algún punto de la masa de disolvente. El soluto será siempre la sustancia que va a ser disuelta en el diluyente.

El goteo intravenoso intermitente, consiste en la canalización de una vía venosa a la que se conecta un sistema de goteo, mediante el cual se administran sustancias disueltas en líquido, como pueden ser los antibióticos, diuréticos, analgésicos, albuminas y otros. Esta forma de administración intravenosa permite obtener el efecto deseado del fármaco disminuyendo su posible toxicidad y riesgo de irritación para el vaso sanguíneo, a la vez que proporciona un mayor confort para el paciente, siempre que se asegure la permeabilidad de la vía.

6.6.3. Continua

Consiste en la administración continua de fluidos a través de un catéter intravenoso conectado a un sistema de goteo, cuando es necesaria la administración de medicamentos que deben diluirse mucho, para hidratación y nutrición con grandes volúmenes o para transfundir sangre o derivados.

Con este sistema se consiguen niveles constantes del fármaco en sangre, lo que puede ser muy útil en determinadas situaciones clínicas, como crisis asmática y cólico nefrítico, o bien para preparar la derivación hospitalaria en condiciones adecuadas, para reposición de líquidos, electrolitos y sustancias imprescindibles para la mejor situación clínica del paciente.

6.7. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL SITIO ANATÓMICO DE PUNCIÓN

- ❖ **Dorso de la mano:** El uso de esta vía ofrece ventajas, por el daño mínimo del árbol vascular. Sólo permite catéteres con diámetros pequeños, limita el movimiento de la mano y puede variar el flujo según la posición de la misma.
- ❖ **Antebrazo:** Es un sitio cómodo para el paciente y garantiza un flujo más constante, sin embargo, causa un mayor daño al mapa venoso del miembro

superior. Las venas que se encuentran son la vena cefálica, mediana antebraquial y la basílica.

- ❖ **El pliegue del codo:** Admite mayores diámetros de catéter y su canalización es relativamente fácil. Presenta el inconveniente de que el daño que causa al árbol vascular es importante y, además, puede variar fácilmente el flujo según la posición del brazo. Las venas que se encuentran en este sitio son las venas cefálicas, mediana del codo y la basílica
- ❖ **Miembros inferiores:** Se utiliza la vena safena que se encuentra a lo largo del aspecto medial de la pierna y es utilizada con frecuencia en niños. No es recomendada en adultos debido al riesgo de embolismo y tromboflebitis. Para su uso en adultos se requiere prescripción médica.

En los pacientes pediátricos se pueden elegir venas, tanto de los miembros superiores, como inferiores La identificación de la vena debe realizarse por visión y palpación, determinando:

- ❖ Trayecto
- ❖ Movilidad
- ❖ Diámetro
- ❖ Fragilidad
- ❖ Resistencia a la punción
- ❖ Válvulas visibles y bifurcaciones

6.8. COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CANALIZACION DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA

6.8.1. Flebitis

Se define como la inflamación de una vena, relacionada con la irritación química o mecánica a su vez ambas. Se caracteriza por eritema y aumento de la temperatura entorno al sitio de inserción, o en el trayecto de la vena, además de inflamación. El índice de flebitis aumenta con la cantidad de tiempo que se encuentre colocada la cánula o el medicamento.

6.8.2. Hematomas

El hematoma ocurre a causa de derrame sanguíneo en los tejidos que rodean el sitio de la inserción. Puede deberse a la perforación de la pared venosa opuesta durante la venopunción, a deslizamiento de la aguja fuera de la vena o aplicación de presión insuficiente en el sitio una vez que se retiró la aguja o el catéter.

6.8.3. Obstrucción y formación de coágulos

la formación de coágulos de sangre en la línea IV puede deberse a cánulas o catéteres enroscados, velocidad extremadamente lenta de la infusión, bolsa IV vacía o no haber limpiado la línea IV después de administrar medicamentos o soluciones intermitentes.

Los signos y síntomas de esta complicación son disminución en la velocidad del flujo y regreso del flujo sanguíneo a la sonda intravenosa.

6.8.4. Infiltración

es la administración de una solución o medicamento no vesicante en el tejido circundante. Esto puede ocurrir cuando la cánula IV se desaloja o perfora la pared de la vena. La infiltración se caracteriza por edema en el sitio de punción, dolor y otras molestias en el área de infiltración, así como disminución significativa de la velocidad del flujo. Cuando la solución es irritante, puede haber esfacelación.

Una forma sencilla de reconocer una infiltración es cuando el área de inserción es más grande que la propia región del miembro contralateral. Sin embargo, la infiltración no siempre es evidente. Un concepto erróneo es que el fluido retrogrado de sangre hacia la sonda demuestra que la cánula está bien introducida en la vena. No obstante, en caso de que la punta del catéter haya perforado la pared de la vena, la solución intravenosa se derrama en los tejidos, además de fluir por la vena; la infiltración se produce, aunque se observe retorno sanguíneo.

6.8.5. Extravasación

La extravasación se define como la salida del líquido intravenoso en este caso del medicamento hacia el espacio peri vascular, motivado por factores propios del vaso o accidentes derivados del desplazamiento de la cánula o catéter fuera de la venopunción. Los tejidos circundantes en los que penetra el tóxico presentan una baja capacidad de neutralizar y diluir el mismo, lo que permite que la acción irritante

persista causando lesiones de gravedad, dependiendo de las características del medicamento y la cantidad del fármaco extravasado

Los signos y síntomas más frecuentes de la extravasación son:

- ❖ Dolor en la zona de punción.
- ❖ Exantema eritematoso local
- ❖ Induración.
- ❖ Formación de vesículas.
- ❖ Hiper pigmentación.
- ❖ Ulceración y necrosis.

6.9. PREPARACION DEL NEONATO ANTES DE LA CANALIZACION VENOSOSA PERIFERICA

Es fundamental la actuación del personal de enfermería para el procedimiento sea lo menos traumático posible, el manejo del dolor en neonatos es una cuestión básica que se puede paliar de manera farmacológica y no farmacológica.

En pacientes neonatales debe tener presente que además de las medidas habituales para la prevención o reducción del estrés diario (manipulación mínima, disminución de la luz y el ruido ambiental) la utilización de la analgesia no farmacológica.

Esta consiste en la puesta en práctica de una serie de medidas profilácticas y complementarias para la reducción del dolor.

- ❖ Preferencia la administración de leche materna de 0,5 – 1 ml.
- ❖ Administración de glucosa de 0,5 – 1 ml de 2 minutos antes de la canalización.

El efecto analgésico es debido a la acción directa sobre la vía de la nocicepción y a la secreción de endorfinas.

En neonatos se debe realizar el procedimiento en una cuna térmica que cuente con la luz adecuada y evita las pérdidas de calor en el neonato.

6.10. CUIDADOS PARA LA INSERCIÓN, FIJACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

6.10.1. Selección y preparación del punto de inserción.

- ❖ Abordar siempre de la zona distal a la proximal, preservando así el trayecto venoso para futuras canalizaciones.
- ❖ Canalizar en miembros superiores antes que los inferiores.
- ❖ Evitar en lo posible las zonas de flexión.
- ❖ No se debe canalizar venas con flebitis, hematomas o utilizadas previamente.
- ❖ Se debe elegir venas con un buen flujo cuando se van a infundir soluciones irritantes o hipertónicas.
- ❖ La desinfección de la zona de inserción se debe realizar con el antiséptico apropiado dejando que actúe antes de realizar la inserción.

6.10.2. Fijación del Catéter

Debemos tener presente que la piel posee características propias. Es más delgada y la relación superficie corporal – peso es cinco veces mayor que en el adulto, aumentando su permeabilidad, favoreciendo el paso de diferentes sustancias como la pérdida transepidermica de agua y calor. El pH de la superficie cutánea es mayor por lo que disminuye la función de barrera y su resistencia a agentes infecciosos especialmente en prematuros.

La fijación del catéter debe cumplir tres requisitos básicos:

- ❖ Sujetar el catéter venoso periférico lo más fijo posible, con el fin de impedir entradas y salidas a través del punto de inserción y su salida accidental.
- ❖ Permitir la visualización directa del punto de inserción.
- ❖ Mantener estéril el punto de inserción.

La utilización de férulas o almohadillas si fuera necesario, para que la sujeción sea más estable y segura.

6.10.3. Mantenimiento del catéter.

- ❖ Examinar el punto de inserción por turno y antes de la utilización del catéter venoso periférico, mediante inspección y/o palpación para detectar signos de

infección, flebitis o mal funcionamiento, en cuyo caso se procederá a su retirada.

- ❖ Reemplazar el catéter si se desarrolla signos de flebitis (hipersensibilidad, calor, eritema, cordón venoso palpable) en el punto de inserción o mal funcionamiento del catéter.
- ❖ Se limitará las manipulaciones todo lo posible.
- ❖ Cambiar los sistemas de infusión cada 72 horas o cuando sea necesario.
- ❖ La osmolaridad del líquido a infundir no debe ser mayor a 500 Osm/L y cuando se administre una infusión glucosada su concentración no debe ser mayor a 12,5 %.

6.11. ENFERMERÍA.

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería. También las enfermeras centraban su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que habían sido delegados.

En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma”: Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”.⁶

Peplau “define la enfermería como un proceso terapéutico, que, acompañado de otros procesos humanos, hacen posible la salud de los individuos en las comunidades. Para Peplau es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una

necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.⁷

La filosofía de Enfermería comprende el sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.⁸

Henderson Virginia define enfermería, como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible. Para ello requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.

El único campo exclusivo de la Enfermería, según el modelo de Hall, es el círculo del cuidado que comprende el aspecto corporal personal; mientras que los círculos del núcleo y la curación los comparte con profesionales de otras disciplinas.

Dorothy E. Johnson afirma que enfermería es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.⁹

En conclusión, la enfermería es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Requiere de planificar, aplicar y evaluar los cuidados enfermeros, para ayudar al paciente a recuperar su salud, integrarse al núcleo familiar o laboral o en el peor de los casos, ayudarlo a morir digna.

6.12. PERFIL DE ENFERMERA NEONATOLOGA

- ❖ **Conocimientos básicos y de especialidad:** poseer conocimiento y experiencia clínica.
- ❖ **Iniciativa y creatividad:** persona dinámica observadora con capacidad de análisis e interpretación.

- ❖ **Habilidad y destrezas:** hábil en el manejo de equipos y con destreza en procedimientos básicos.
- ❖ **Liderazgo:** capacitada para dirigir, planificar, coordinar y supervisar demostrando seguridad las decisiones.
- ❖ **Motivación:** Interesada por mantener actualizado sus conocimientos (auto formación).
- ❖ **Equilibrio emocional:** con actitud ecuánime, paciente y prudente, manteniendo la armonía en el trabajo.
- ❖ **Responsabilidad:** asumir la responsabilidad respetando las líneas de autoridad
- ❖ **Humana:** apta para establecer buena relación enfermera y paciente.
- ❖ **Ética:** toma decisiones considerando aspectos ético legales basados en normas y principios de la especialidad.
- ❖ **Funciones de la enfermera:** Administrativa, asistencial, educación e investigación.

La enfermera de medicina crítica y terapia intensiva neonatal es un ser muy especial para un área especial.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal y cuantitativo.

- 1. Descriptivo.** - Porque se logra describir las características de las variables en estudio.
- 2. Transversal.** - Porque se realiza en un corte de tiempo determinado durante los meses de junio – octubre 2019.
- 3. Observacional.** - Se realizó una observación directa e indirecta en un registro visual de lo que ocurre en una situación real, se observan conducta y características.
- 4. Cuantitativo.** - Porque se asignará valores estadísticos a las competencias en la instalación, mantenimiento y cuidados de vías periféricas, mediante barras y cuadros.

7.2. AREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizará en la Unidad de Neonatología de la Clínica Alemana que brinda atención en salud en las diferentes especialidades y subespecialidades dirigidos al binomio madre – niño. El área de neonatología, ubicado en el 1er piso, brinda atención exclusiva el Recién Nacido que abarca desde que nace hasta los 28 días de edad, se cuenta con cuatro servicios: Cuidados al Recién Nacido (Reanimación), Cuidados Mínimos, Terapia Intermedia Neonatal y Terapia Intensiva Neonatal, donde ingresan los pacientes neonatos según la complejidad de su patología.

La unidad de neonatología cuenta con sus cuatro servicios comprende 6 cunas, 2 incubadoras y 2 servo cunas con equipamiento correspondiente para la atención del recién nacido, como son ventiladores mecánicos, monitores multiparamétricos, bombas de infusión, oxígeno central, aspiradoras, entre otros, que permite brindar atención integral el recién nacido sano y crítico con patología compleja y prematuros extremos.

En relación al personal de enfermería por la característica de la institución, el personal que trabaja en unidad de neonatología no es personal exclusivo, es designado por rotación y requerimiento de forma temporal, desempeñándose en toda la unidad una profesional de enfermería por turno.

7.3. UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO: Representado por todas las Licenciadas en Enfermería que trabaja en la Clínica Alemana.

MUESTRA:

Estará representada por el 100% del universo que son 16 Licenciadas en Enfermería.

TECNICA DE MUESTREO

Se realizó la técnica de muestreo por conveniencia.

7.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Personal que firme consentimiento informado.
- ❖ Todos los profesionales en Enfermería que trabajan en los diferentes turnos de la institución.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Personal de enfermería que no haya firmado el consentimiento informado.
- ❖ Personal de enfermería que trabaja en forma eventual.
- ❖ Auxiliares de Enfermería

7.5. OPERIALIZACION DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Experiencia Laboral en la Unidad de Neonatología.	Es el conjunto de aptitudes y conocimientos adquiridos en un determinado puesto laboral o durante un periodo de tiempo específico.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Menor de 1 año ❖ 1 a 2 años ❖ 3 a 5 años ❖ Mayor de 5 años 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Existencias de protocolo para la canalización venosa periférica	Conjunto de actividades y procedimientos a realizar, que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Si ❖ No 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Osmolaridad comprendida para la terapia intravenosa periférica.	La medida del número total de solutos en una solución se denomina osmolaridad.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Menor a 500 mOms/l ❖ Mayor 800 mOms/l 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras

<p>Concentración de Dextrosa para transfundir por vía periférica.</p>	<p>La dextrosa (glucosa) es la forma en que el organismo utiliza los carbohidratos, administra por vía intravenosa, puede ser administrada a través de venas periféricas</p>	<p>Cuantitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Menor a 12,5 %. ❖ 12 - 15 %. ❖ 15 – 20 %. ❖ Ninguno. ❖ Todos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
<p>Complicaciones de las vías periféricas.</p>	<p>Los sistemas intravenosos proporcionan una ruta potencial para que entren microorganismos en el sistema vascular, sin pasar por los mecanismos de defensa de la piel.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Flebitis ❖ Infiltración ❖ Extravasación ❖ Eritema ❖ Otros 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras

Lavado de manos antes y después de la instalación.	Es la función de eliminar la materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos	Cuantitativa	❖ Si ❖ No	❖ Porcentaje ❖ Barras
Uso de guantes para la instalación.	Los guantes son la barrera de protección más importante para prevenir la contaminación con material biológico potencialmente y reducen la probabilidad de transmisión de microorganismos	Cuantitativa	❖ Si ❖ No	❖ Porcentaje ❖ Barras
Asepsia en la zona a insertar vía periférica	Realizar la desinfección de la piel elimina los microorganismos	Cuantitativa	❖ Alcohol 70% ❖ Clorhexidina 2%	❖ Porcentaje ❖ Barras

	s y la flora transitoria de la piel.		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alcohol 70% – clorhexidina 2%. ❖ Otro. 	
Identificación una vez instalada la vía periférica	La identificación ayuda a mantener un control de la vía canalizada.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Si ❖ No 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Material utilizado para la canalización venosa periférica.	El material empleado para la canalización periférica ayuda a la fijación de dicho acceso.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tegaderm 6,5 x 7cm. ❖ Tegaderm 5 x 5,7cm. ❖ Tegaderm 6x 7cm. ❖ Micropore. ❖ Transpore. ❖ Esparadrapo. ❖ Férula. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Técnica de fijación del Vía periférica	La técnica de fijación anatómicamente ayuda a prevenir contracturas musculares.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Área de instalación visible. ❖ Uso de férula del tamaño adecuado. ❖ Fijación de manera anatómica. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Elección venosa para inserción de vía periférica	La elección del acceso venoso debe considerar la anatomía	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Arco dorsal ❖ Radial y cubital 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras

	para la canalización y considerar el torrente sanguíneo.		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cefalica y basílica ❖ Safena interna ❖ Tibial anterior ❖ Otras áreas 	
Numero de intenciones al momento de la instalación de la vía periférica	El número de intenciones hace referencia a la inserción de la bránula al torrente sanguíneo.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 1 vez ❖ 2 veces ❖ Más de 3 veces 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Tiempo de duración de la vía periférica canalizada.	El tiempo de duración o permanencia de la vía periférica ayudan al control de dicho acceso.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Menor a 24 horas. ❖ Durante las 48 horas. ❖ Más de los 3 días. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Elección de Bránula de preferencia.	Dispositivo que se usa para extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bránula N° 24 ❖ Bránula N° 22 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras

Consideraciones para la elección de la Bránula.	Mantener una vena permeable por más tiempo y seguridad.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad gestacional ❖ Tratamiento antibiótico ❖ Hidratación ❖ Calibre de la vena ❖ Preferencia personal ❖ Visibilidad y palpación 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Valora sitio de punción y verifica permeabilidad de vía endovenosa	Valorar el sitio de inserción ayuda a la observación directa para detectar complicaciones del acceso.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Siempre ❖ A veces ❖ Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Realiza la dilución y re dilución para la administración de medicamentos endovenosos	La dilución de medicamentos son esenciales para la correcta administración de medicamentos intravenosos.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dextrosa 5% ❖ Dextrosa 10% ❖ Fisiológico ❖ Agua destilada ❖ Otras 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras
Tiempo de administra de	El tiempo de administración de antibióticos	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 10 a 15 min ❖ 15 a 30 min ❖ 30 a 60 min 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras

antibióticos por vía endovenosa	depende del medicamento de la composición del mismo considerada entre 30 a 60 min.			
Valoración del sitio de inserción.	La valoración de la vía periférica instalada es la primera medida de identificación de signo de alarma de alguna complicación que puede llegar a presentarse.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Eritema ❖ Dolor y llanto ❖ Induración ❖ Edema ❖ Todos ❖ Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Porcentaje ❖ Barras

7.6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

7.6.1. Encuesta:

Se realizó una encuesta que consiste en 20 preguntas de selección múltiple para evaluar las competencias del personal de Enfermería en sobre la Canalización de vía venosa periférica en neonatos donde permitirá evaluar conocimientos, actitudes y destrezas.

7.6.2. Guía de observación:

Se realizó una guía de observación o chequeo con 12 items, que contiene aspectos técnicos sobre la canalización venosa periférica en neonatos.

7.7. TÉCNICA DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Posteriormente a la recolección de datos, la información fue procesada y cuantificada estadísticamente, a través del programa S.P.S.S. (Statistical Product and Service Solutions) versión 25 seguidamente se realizaron tablas y gráficos estadísticos respectivos, las cuales fueron interpretadas y analizadas.

7.7.1 Escala de Likert: Sistema de categorización que nos permitió evaluar los niveles cognitivos y prácticos con los siguientes parámetros:

Bueno	71 – 100%
Regular	50 – 70%
Malo	< a 50%

VIII. CONSIDERACIÓN ÉTICA

Para el desarrollo del presente estudio de investigación se ha solicitado la correspondiente autorización y aprobación del director de la Clínica Alemana y jefa de enfermeras previa presentación de la propuesta de intervención, para la realización del cuestionario a los profesionales de enfermería del servicio de neonatología previo consentimiento informado y validación del instrumento del instrumento de recolección de datos, respetando así el principio de autonomía y confidencialidad.

IX. RESULTADOS

9.1. Experiencia Laboral

TABLA N° 1

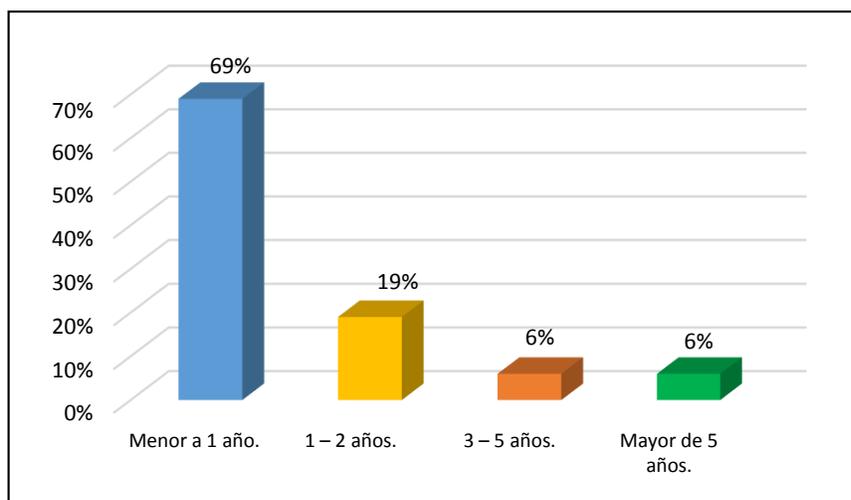
EXPERIENCIA LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

VARIABLE	N°	%
Menor de 1 año	11	69
1 a 2 años	3	19
3 a 5 años	1	6
Más de 5 años	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 1

EXPERIENCIA LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE NEONATOLOGÍA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 69% del personal de enfermería trabaja menos de 1 año en la unidad de neonatología en cambio el 19% trabaja entre 1 a 2 años, el 6% trabaja entre 3 a 5 años y el 6% trabaja más de 5 años.

9.2. Competencia Cognitiva

TABLA N° 2

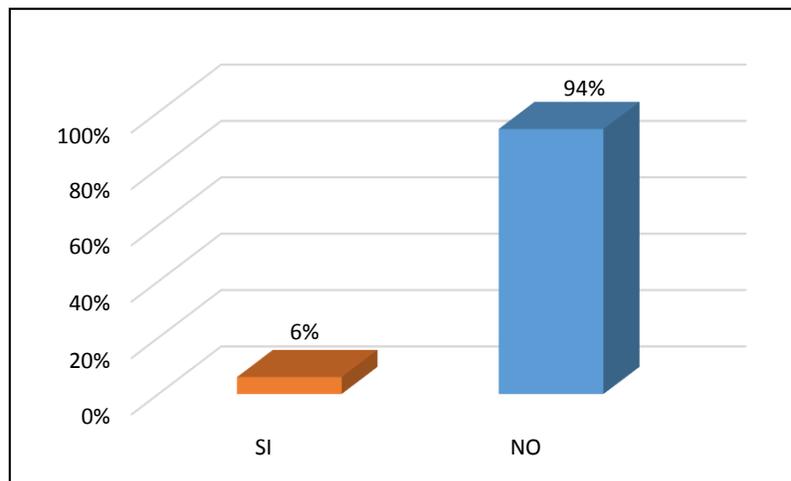
EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA

VARIABLE	N°	%
SI	1	6
NO	15	94
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 2

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 94% del personal de enfermería desconoce la existencia de un protocolo o guía para la canalización en neonatos en cambio solo 6 % indica que si existe.

TABLA N° 3

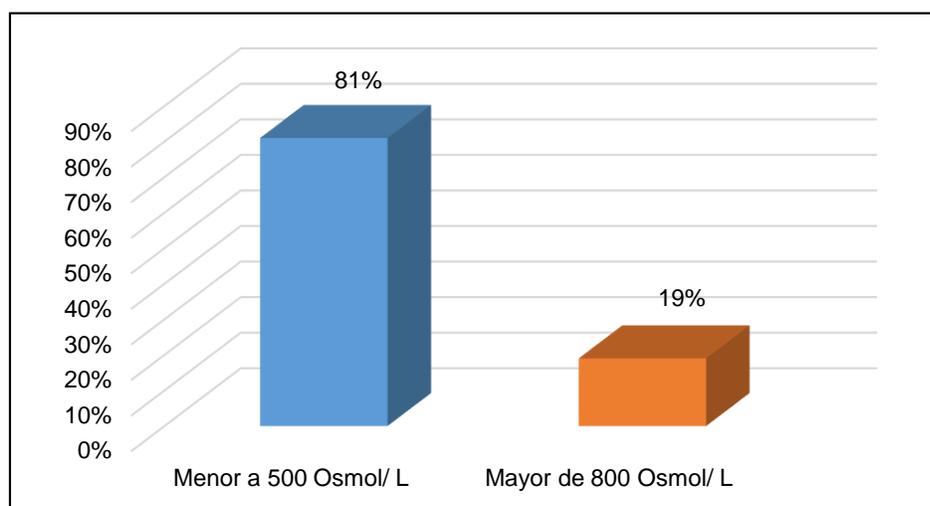
NIVEL DE OSMOLARIDAD QUE SE DEBE ADMINISTRAR POR VÍA PERIFÉRICA VENOSA EN NEONATOS

VARIABLE	N°	%
Menor a 500 Osmol/ L	13	81
Mayor de 800 Osmol/ L	3	19
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 3

NIVEL DE OSMOLARIDAD QUE SE DEBE ADMINISTRAR POR VÍA PERIFÉRICA VENOSA EN NEONATOS



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 81% del personal de enfermería indican que el nivel de osmolaridad que se debe administrar por vía venosa periférica en un neonato es menor a 500 Osmol/ L y el 19% indica que es mayor a 800 Osmol/ L.

TABLA N° 4

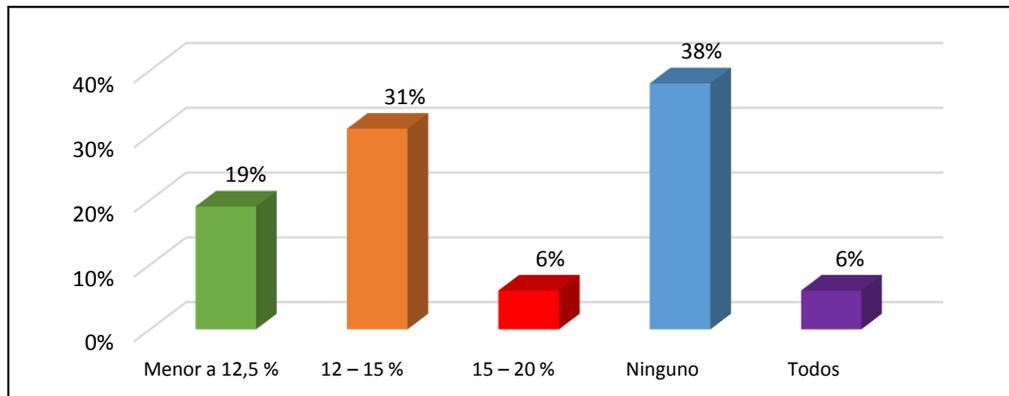
CONCENTRACIÓN DE DEXTROSA QUE SE DEBE INFUNDIR POR VÍA PERIFÉRICA VENOSA EN NEONATOS

VARIABLE	N°	%
Menor a 12,5 %	3	19
12 – 15 %	5	31
15 – 20 %	1	6
Ninguno	6	38
Todos	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 4

CONCENTRACIÓN DE DEXTROSA QUE SE DEBE INFUNDIR POR VÍA PERIFÉRICA VENOSA EN NEONATOS



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

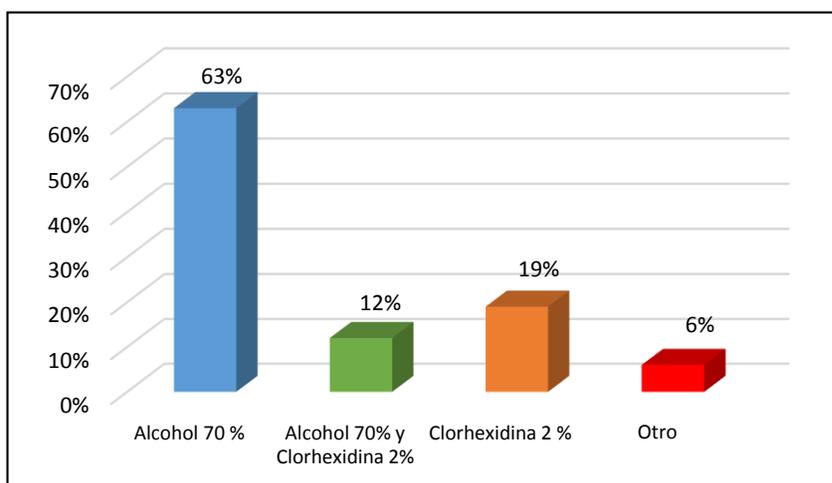
INTERPRETACIÓN: El 38% indican que la concentración de dextrosa no es ninguna de las mencionadas, 31% que la concentración que se debe administrar es 12 a 15% y solo el 19% indica que es menor a 12,5 % siendo la concentración correcta y un 6% refirió que todas las concentraciones indicadas se pueden ser infundidas en neonatos.

TABLA N° 5
ANTISÉPTICO UTILIZADO EN LA PIEL PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA
PERIFÉRICA

VARIABLE	N°	%
Alcohol 70 %	10	63
Alcohol 70% y Clorhexidina 2%	2	12
Clorhexidina 2%	3	19
Otro	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 5
ANTISÉPTICO UTILIZADO EN LA PIEL PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA
PERIFÉRICA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 63% del personal de enfermería realiza la asepsia de la piel en el neonato para canalizar una vía periférica con alcohol al 70%, el 19 % lo realiza con clorhexidina 2%, el 12 % con ambos antisépticos alcohol 70% y clorhexidina al 2% y el 6 % lo realiza con otro antiséptico.

TABLA N° 6

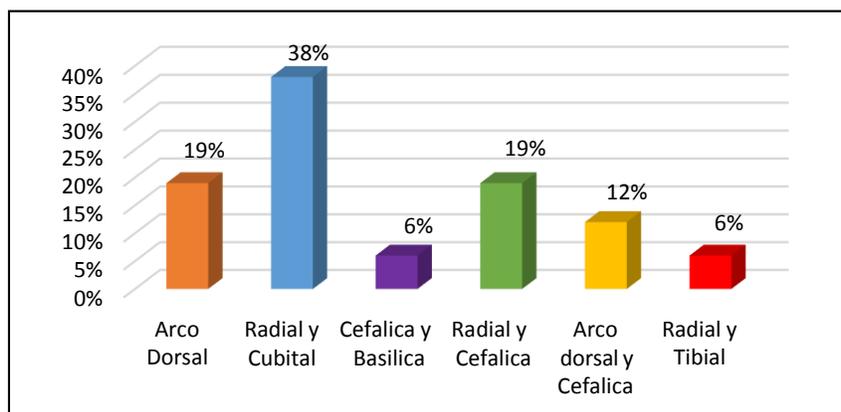
ELECCIÓN VENOSA PARA LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA PERIFÉRICA EN NEONATOS

VARIABLE	N°	%
Arco Dorsal	3	19
Radial y Cubital	6	38
Cefalica y Basílica	1	6
Radial y Cefalica	3	19
Arco dorsal y Cefalica	2	12
Radial y Tibial	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 6

ELECCIÓN VENOSA PARA LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA PERIFÉRICA EN NEONATOS



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El personal de enfermería indican que realiza la canalización de una vía periférica en neonatos en los siguientes vasos sanguíneos el 38% elige la vena Radial y Cubital, 19% eligen el arco dorsal, el 19% optan por Radial y Cefálica, el 12% arco dorsal y Cefalica en cambio el 6 % Cefalica y basílica como también el 6 % radial y tibial.

TABLA N° 7

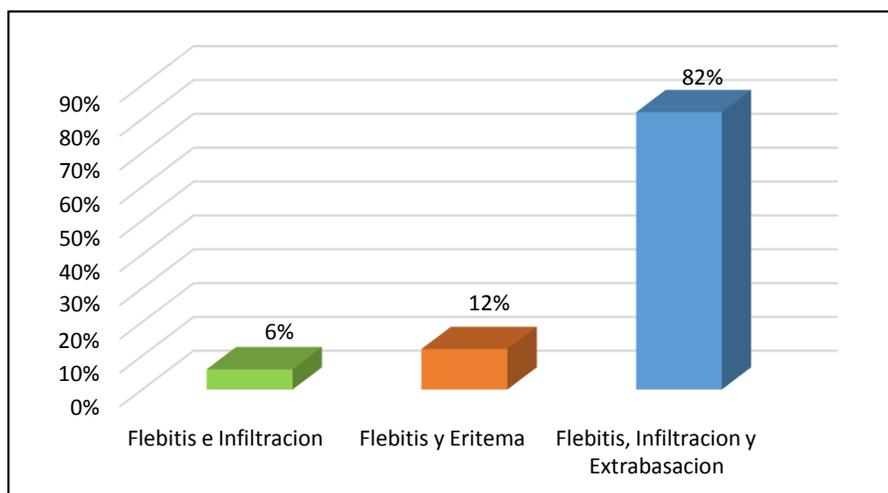
CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LAS VÍAS PERIFÉRICAS

VARIABLE	N°	%
Flebitis e Infiltración	1	6
Flebitis y Eritema	2	12
Flebitis, infiltración y extravasación.	13	82
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 7

CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LAS VÍAS PERIFÉRICAS



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 82% refieren que las complicaciones que se deben valorar en una vía periférica son flebitis, infiltración y extravasación, en cambio el 12% refiere que flebitis y eritema, el 6% indica que flebitis e infiltración.

TABLA N° 8

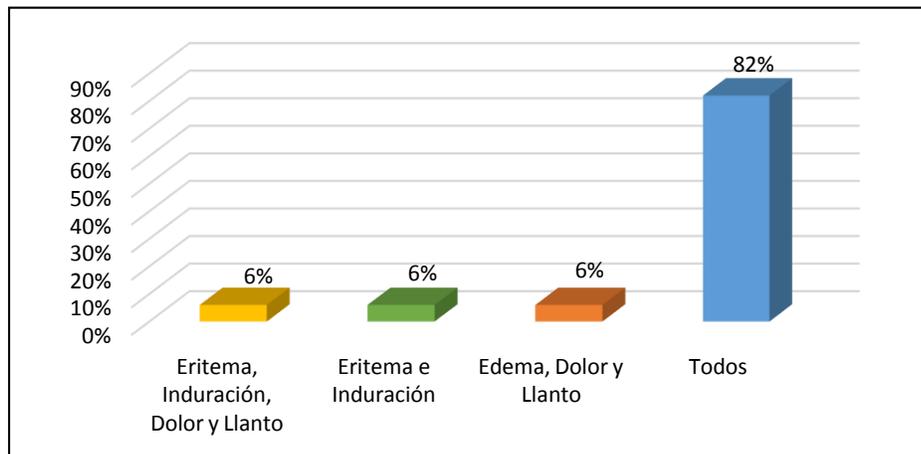
SIGNOS DE ALARMA A VALORAR EN LAS VÍAS PERIFÉRICAS EN NEONATOS

VARIABLE	N°	%
Eritema, Induración, Dolor y Llanto	1	6
Eritema e Induración	1	6
Edema, Dolor y Llanto	1	6
Eritema, Edema, Induración, Dolor y Llanto	13	82
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 8

SIGNOS DE ALARMA A VALORAR EN LAS VÍAS PERIFÉRICAS EN NEONATOS



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 82% refieren que los signos de alarma que se deben valorar en una vía periférica para identificar una complicación es eritema, induración, edema, dolor y llanto al tacto, el 6% son eritema, induración, dolor y llanto, 6% es eritema e induración y el 6% consideran que es edema, dolor y llanto.

TABLA N° 9

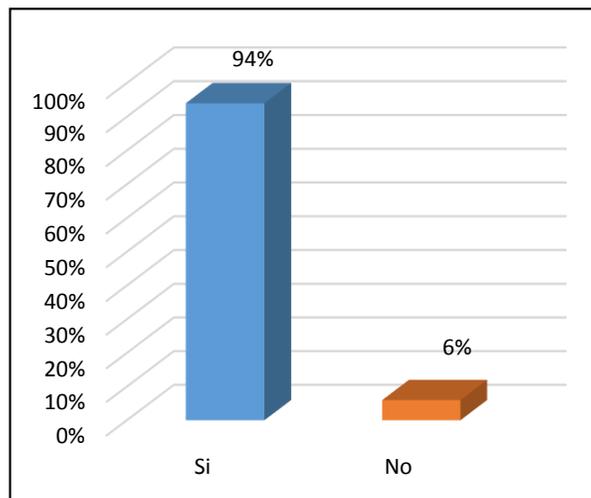
LAVADO DE MANOS ANTES DE REALIZAR LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA

VARIABLE	N°	%
SI	15	94
NO	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 9

LAVADO DE MANOS ANTES DE REALIZAR LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 94 % del personal de enfermería indica que realiza el lavado de manos clínico antes de la canalización periférica y el 6% no lo realiza debido a que usa alcohol en gel.

TABLA N° 10

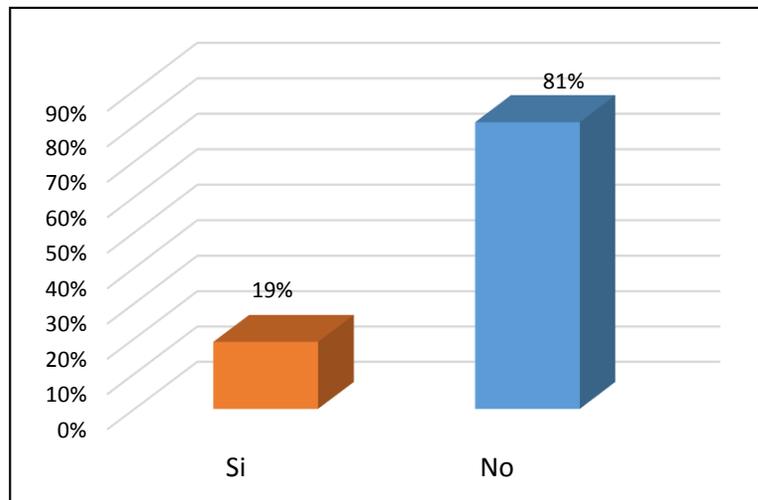
USO DE GUANTES PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA

VARIABLE	N°	%
SI	3	18,8
NO	13	81
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 10

USO DE GUANTES PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El personal de enfermería de la unidad de neonatología indica que el 81 % utiliza guantes para canalizar y el 19% no lo realiza.

TABLA N° 11

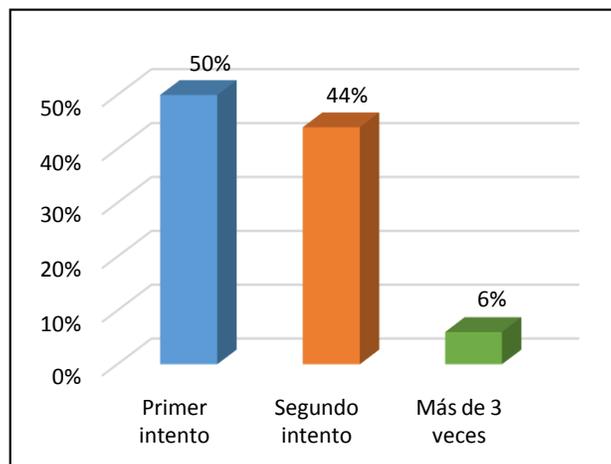
**NÚMERO DE INTENCIONES REALIZADAS PARA LA CANALIZACIÓN
VENOSA PERIFÉRICA**

VARIABLE	N°	%
Primer intento	8	50
Segundo intento	7	44
Más de 3 veces	1	6,3
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 11

**NÚMERO DE INTENCIONES REALIZADAS PARA LA CANALIZACIÓN
VENOSA PERIFÉRICA**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El personal de enfermería refiere que el 50% realiza la canalización periférica en neonatos en la primera intención, el 44% en segunda intención y 6% en más de 3 veces.

TABLA N° 12

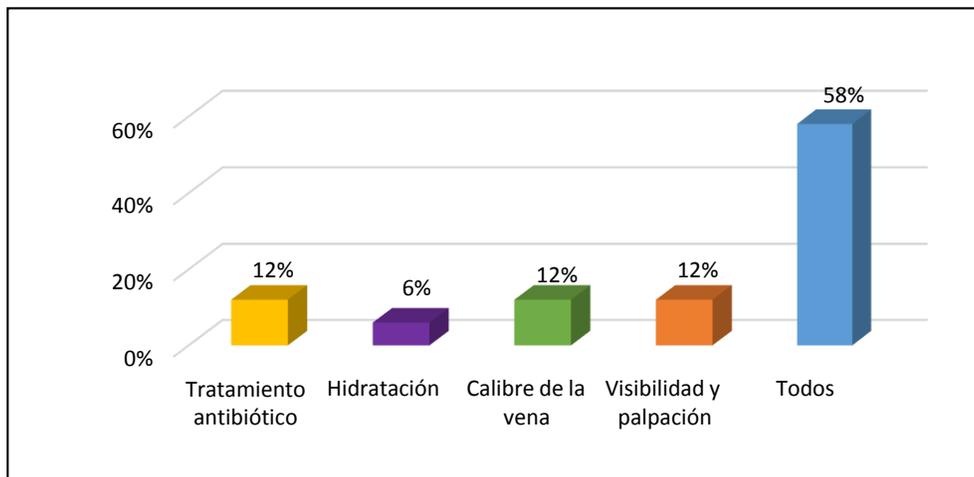
**CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ELECCIÓN DEL N°
BRÁNULA PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA EN
NEONATOS**

VARIABLE	N°	%
Tratamiento antibiótico	2	12
Hidratación	1	6
Calibre de la vena	2	12
Visibilidad y palpación	2	12
Todos	9	58
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 12

**CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ELECCIÓN DEL N°
BRÁNULA PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA EN
NEONATOS**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 58% indican que consideran para la elección del número de bránula para la canalización periférica en neonatos el tratamiento, hidratación, calibre de la vena, visibilidad y la palpación de la vena, el 12 % refieren que es visibilidad y palpación como también un 12% refieren el calibre de la vena, el 12 % por el tratamiento antibiótico y el 6% considera que lo realiza por la hidratación.

TABLA N° 13

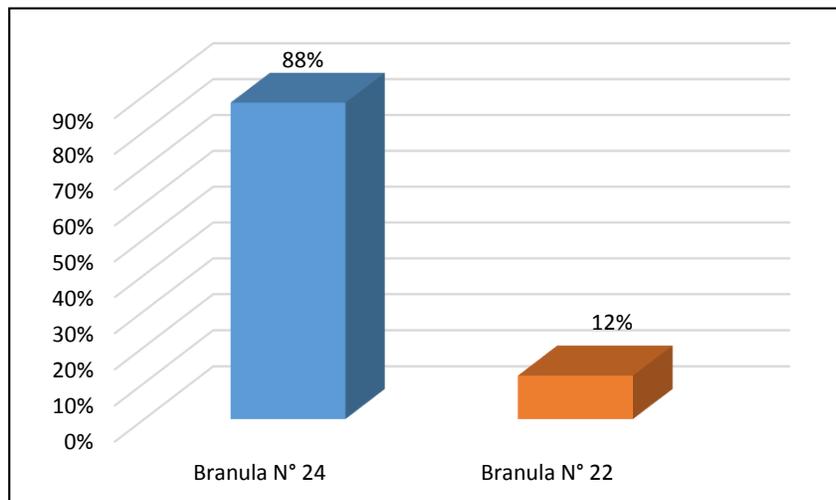
N° BRÁNULA DE PREFERENCIA QUE UTILIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA CANALIZACIÓN PERIFÉRICA EN NEONATOS

VARIABLE	N°	%
Bránula N° 24	14	88
Bránula N° 22	2	12
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 13

N° BRÁNULA DE PREFERENCIA QUE UTILIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA CANALIZACIÓN PERIFÉRICA EN NEONATOS



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 88% indican que realiza la canalización venosa periférica en neonatos con preferencia la bránula N°24 y el 12 % lo realizan con bránula N° 22 para mencionado procedimiento.

TABLA N° 14

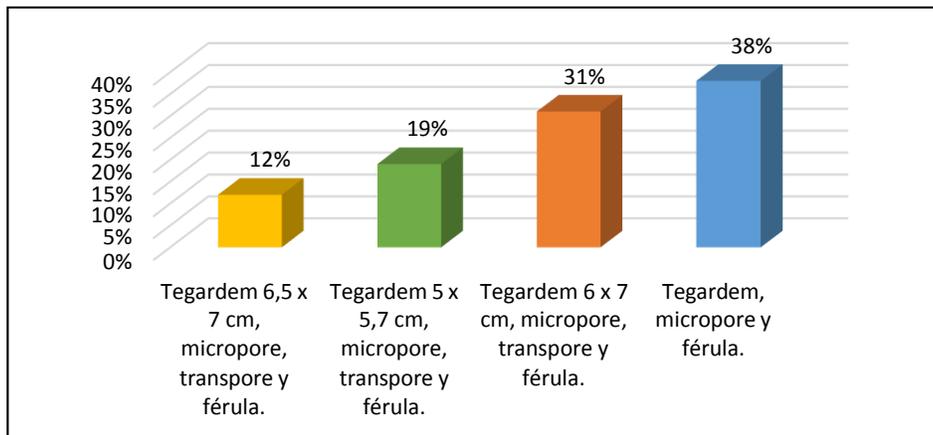
MATERIAL QUE EMPLEA ENFERMERA PARA LA FIJACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA EN NEONATOS

VARIABLE	N°	%
Tegardem 6,5 x 7 cm, micropore, transpore y férula.	2	12
Tegardem 5 x 5,7 cm, micropore, transpore y férula.	3	19
Tegardem 6 x 7 cm, micropore, transpore y férula.	5	31
Tegardem, micropore y férula.	6	38
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 14

MATERIAL QUE EMPLEA ENFERMERA PARA LA FIJACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA EN NEONATOS



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: El 38% del personal de enfermería realiza la fijación de la vía periférica canalizada con Tegardem, micropore y una férula, el 31% con Tegardem 6 x 7 cm, micropore, transpore y férula, el 19% en cambio con Tegardem 5 x 5,7 cm, micropore, transpore y férula, el 12% con Tegardem 6,5 x 7 cm, micropore, transpore y férula.

TABLA N° 15

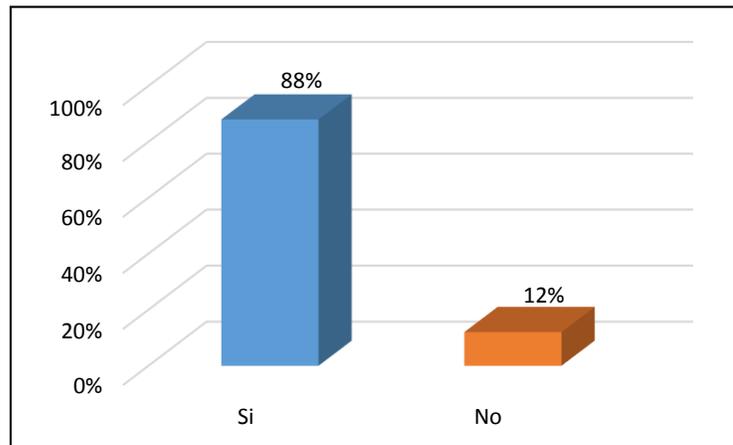
IDENTIFICACIÓN QUE REALIZA LA ENFERMERA DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA EN NEONATOS

VARIABLE	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Identificación, N° Bránula y Fecha de Instalación.	8	57	2	12
Identificación y Fecha de Instalación.	6	43		
TOTAL	14	88	2	12

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 15

IDENTIFICACIÓN QUE REALIZA LA ENFERMERA DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA EN NEONATOS



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 88% indica que realiza la identificación después de canalizar la vía periférica en neonatos las cuales representan el 57% con los siguientes datos la identificación de la enfermera, N° de bránula y fecha de instalación, el 46% identificación de la enfermera y fecha de instalación, y el 12 % indica que no lo realiza la identificación.

TABLA N° 16

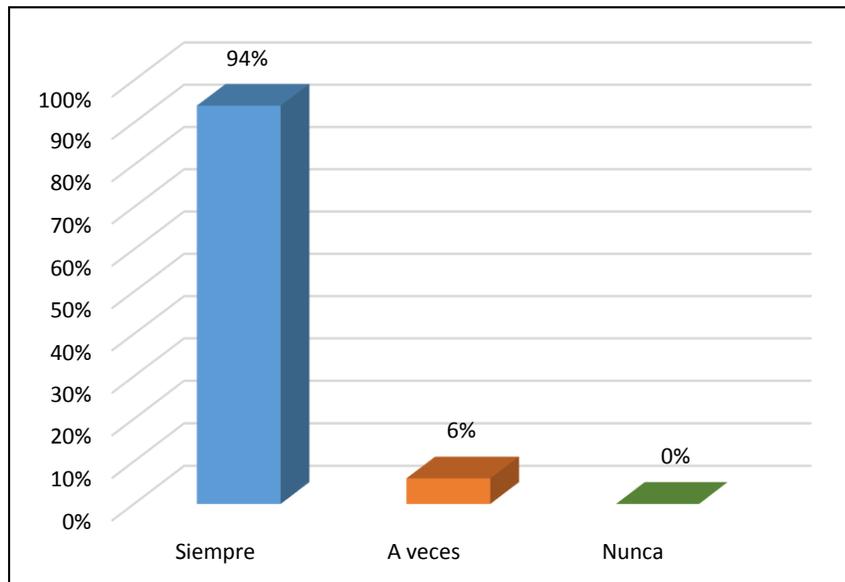
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE VALORA LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA PERIFÉRICA VENOSA ANTES Y DURANTE EL TURNO

VARIABLE	N°	%
Siempre	15	94
A veces	1	6
Nunca	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 16

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE VALORA LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA PERIFÉRICA VENOSA ANTES Y DURANTE EL TURNO



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 94% indican que siempre realizan la valoración de la permeabilidad venosa de la vía periférica, el 6% corresponde a los que solo lo realizan a veces.

TABLA N° 17

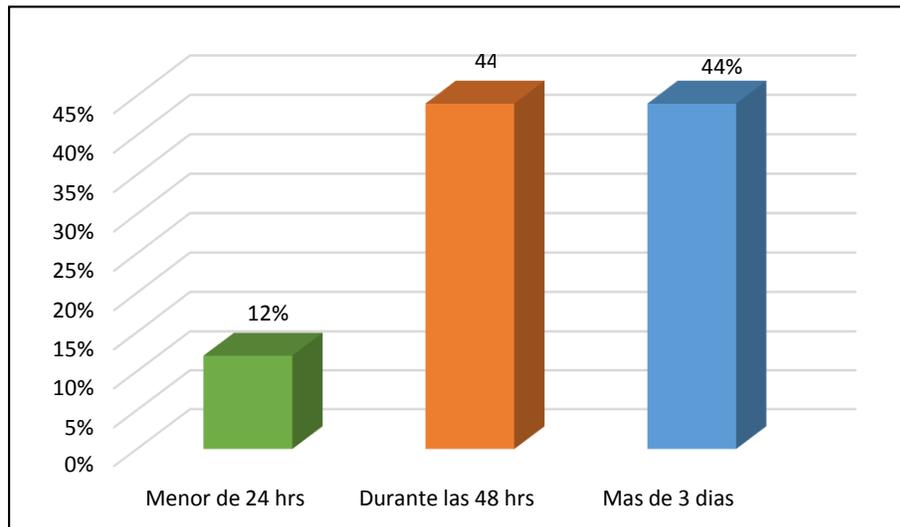
**TIEMPO DE DURACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA
EN NEONATOS**

VARIABLE	N°	%
Menor de 24 hrs.	2	12
Durante las 48 hrs.	7	44
Más de 3 días	7	44
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 17

**TIEMPO DE DURACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA
EN NEONATOS**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 44% indica que la vía periférica canalizada tiene 48 horas de duración, el 44% tienen una duración de más de 3 días y solo 12 % refieren que es menor de 24 horas.

TABLA N° 18

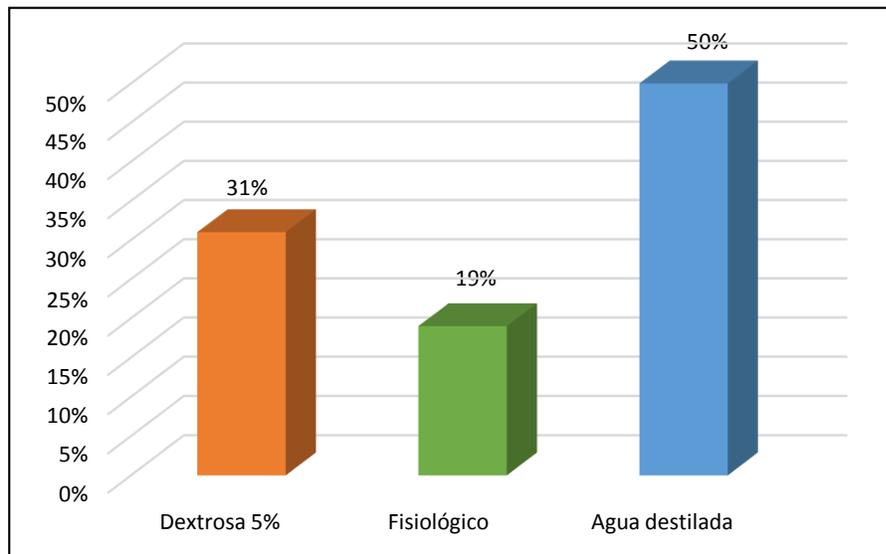
**SOLUCIÓN QUE UTILIZA PARA LA DILUCIÓN Y RE DILUCIÓN DE
MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA PERIFÉRICA**

VARIABLE	N°	%
Dextrosa 5%	5	31
Fisiológico	3	19
Agua destilada	8	50
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 18

**SOLUCIÓN QUE UTILIZA PARA LA DILUCIÓN Y RE DILUCIÓN DE
MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA PERIFÉRICA**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 50% refieren que utiliza agua destilada para la dilución y re dilución de medicamentos, el 31% con Dextrosa 5% y el 19% lo realiza con Fisiológico.

TABLA N° 19

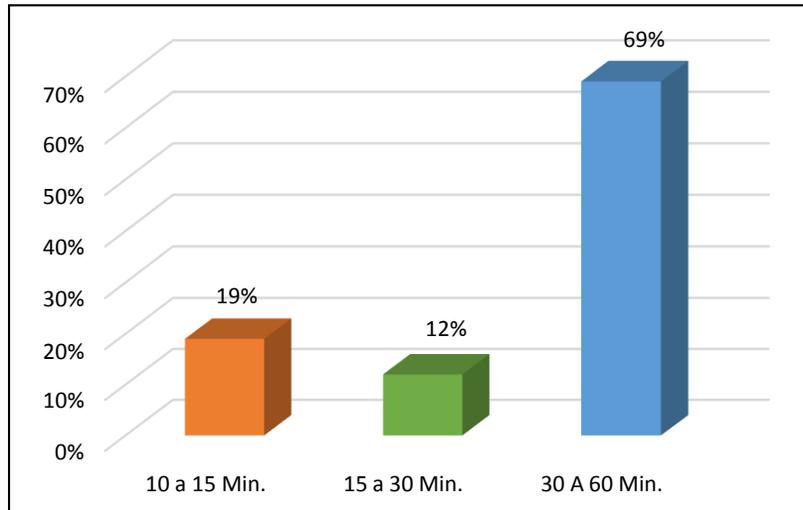
**TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS POR VÍA PERIFÉRICA
EN NEONATOS**

VARIABLE	N°	%
10 a 15 Minutos	3	19
15 a 30 Minutos.	2	12
30 a 60 Minutos.	11	69
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 19

**TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS POR VÍA PERIFÉRICA
EN NEONATOS**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 69% refiere que realizan la administración de antibióticos endovenosos por vía periférica en un tiempo de 30 a 60 minutos, el 19 % lo realizan entre 10 a 15 minutos y 12% lo realiza de 15 a 30 minutos.

9.3. Competencias Técnicas y Actitudinales

TABLA N° 20

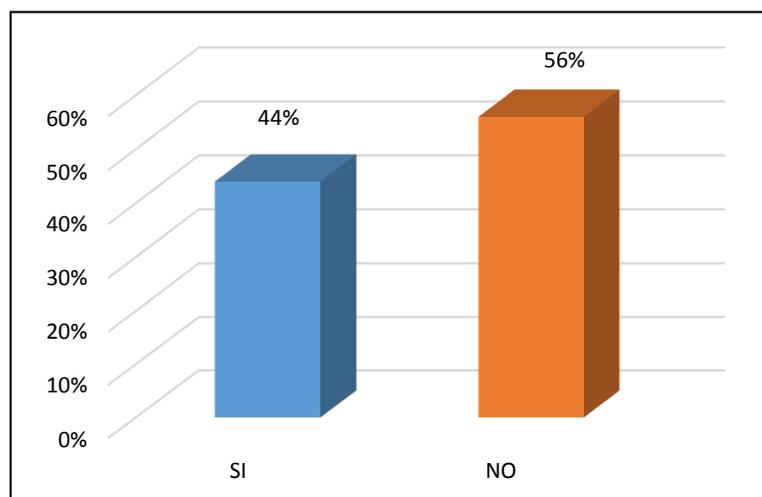
LAVADO DE MANOS ANTES DE REALIZAR LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA

VARIABLE	N°	%
SI	7	44
NO	8	56
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 20

LAVADO DE MANOS ANTES DE REALIZAR LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 56% utiliza alcohol en gel y el 44 % si realiza el lavado de manos clínico antes de la canalización venosa periférica.

TABLA N° 21

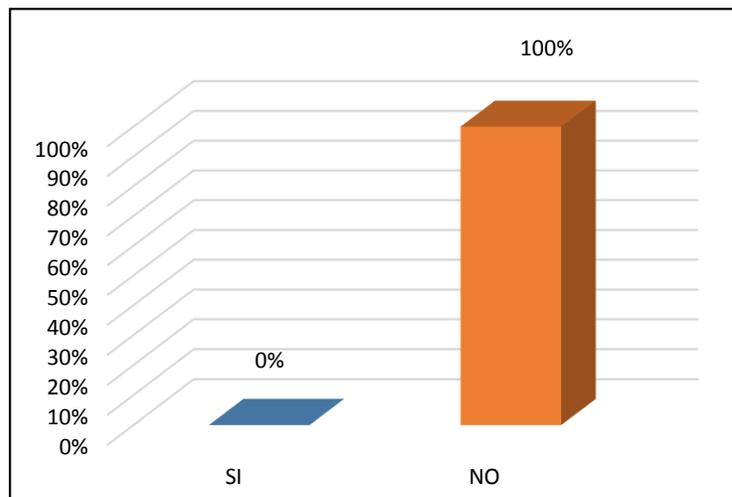
USO DE GUANTES PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA

VARIABLE	N°	%
SI	0	0
NO	16	100
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 21

USO DE GUANTES PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: Mediante la observación realizada se evidencio que el 100% no utiliza guantes para la canalización periférica en un neonato.

TABLA N° 22

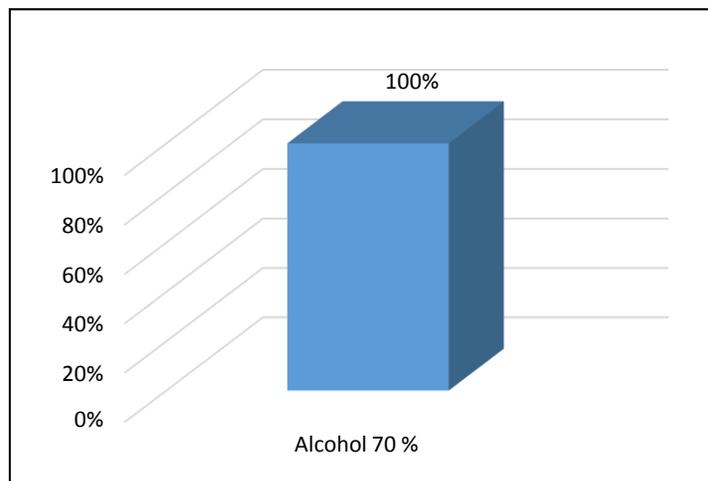
**ANTISÉPTICO UTILIZADO PARA LA DESINFECCIÓN DE LA PIEL PARA
LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA**

VARIABLE	N°	%
Alcohol 70 %	16	100
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 22

**ANTISÉPTICO UTILIZADO PARA LA DESINFECCIÓN DE LA PIEL PARA
LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 100% realiza la asepsia del sitio de inserción para la canalización periférica con alcohol al 70%.

TABLA N° 23

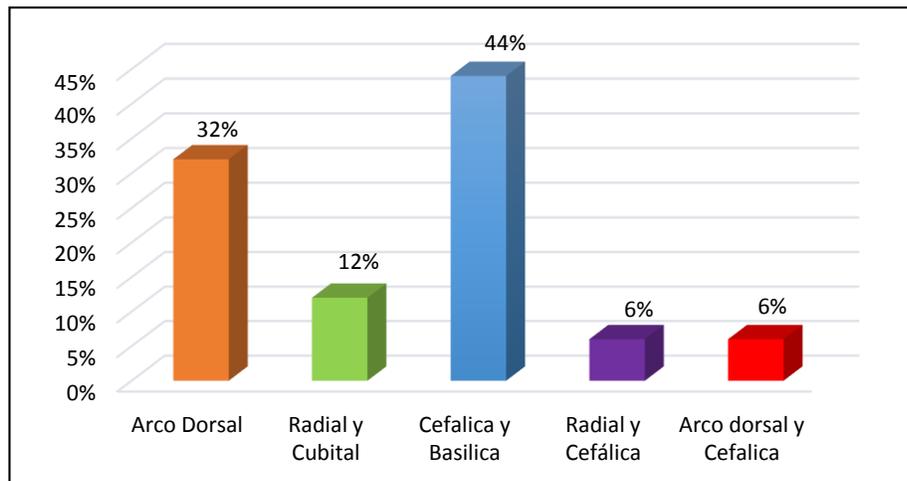
**ELECCIÓN DEL VASO SANGUINEO PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA
EN NEONATOS**

VARIABLE	N°	%
Arco Dorsal	5	32
Radial y Cubital	2	12
Cefalica y Basílica	7	44
Radial y Cefálica	1	6
Arco dorsal y Cefalica	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 23

**ELECCIÓN DEL VASO SANGUINEO PARA LA CANALIZACIÓN VENOSA
EN NEONATOS**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 44% eligen las venas Cefálicas y Basílicas, el 32% optan por las venas del arco dorsal, el 12% utilizan las venas radial y cubital, el 6 % Radial y Cubital en cambio el 6 % Arco dorsal y cefálica.

TABLA N° 24

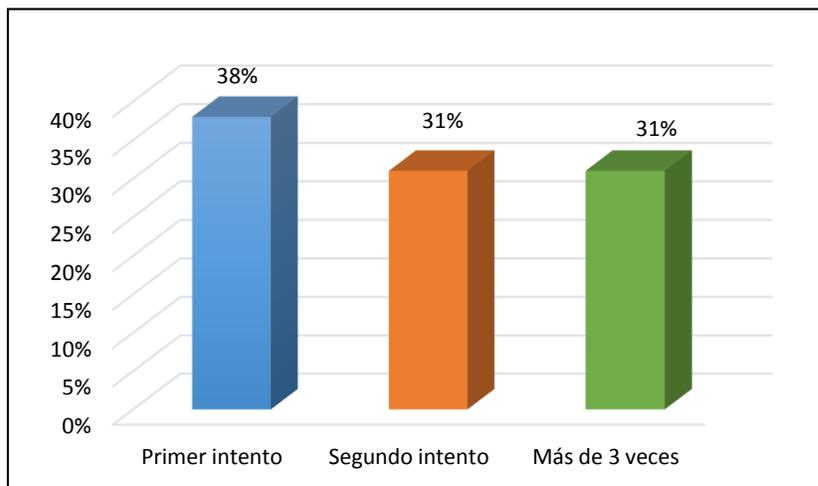
**NÚMERO DE INTENCIONES REALIZADAS PARA LA CANALIZACIÓN
VENOSA PERIFÉRICA**

VARIABLE	N°	%
Primer intento	6	38
Segundo intento	5	31
Más de 3 veces	5	31
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 24

**NÚMERO DE INTENCIONES REALIZADAS PARA LA CANALIZACIÓN
VENOSA PERIFÉRICA**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 38% lo realiza en primera intención y el 31% en segunda intención y el 31% en más de 3 intenciones.

TABLA N° 25

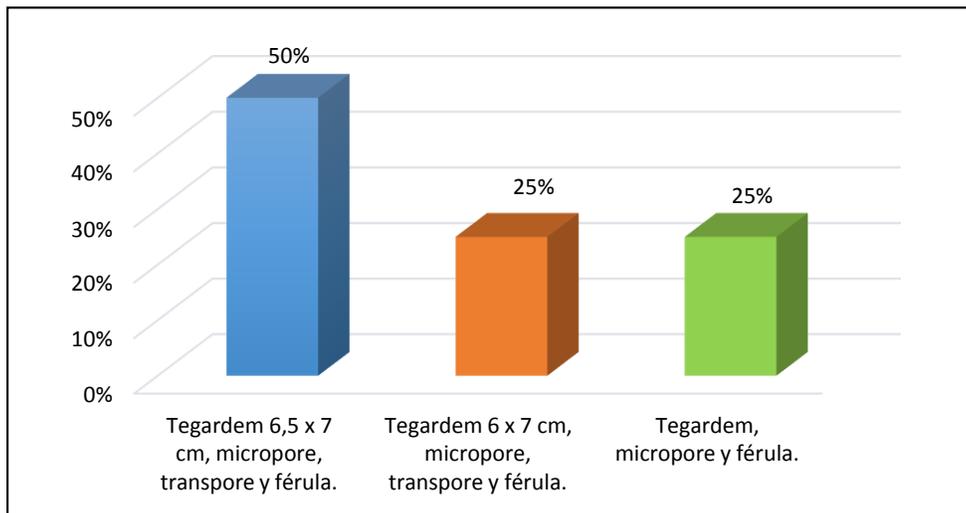
MATERIAL QUE EMPLEA ENFERMERÍA PARA LA FIJACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA

VARIABLE	N°	%
Tegardem 6,5 x 7 cm, micropore, transpore y férula.	8	50
Tegardem 6 x 7 cm, micropore, transpore y férula.	4	25
Tegardem, micropore y férula.	4	25
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 25

MATERIAL QUE EMPLEA ENFERMERÍA PARA LA FIJACIÓN DE LA VÍA PERIFÉRICA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 50% realiza la fijación de la vía venosa canalizada en neonato con Tegardem 6,5 x 7 cm, micropore, transpore y férula, el 25% con Tegardem 6 x 7 cm, micropore, transpore y férula y el 25 % Tegardem 6,5 x 7cm, micropore y férula.

TABLA N° 26

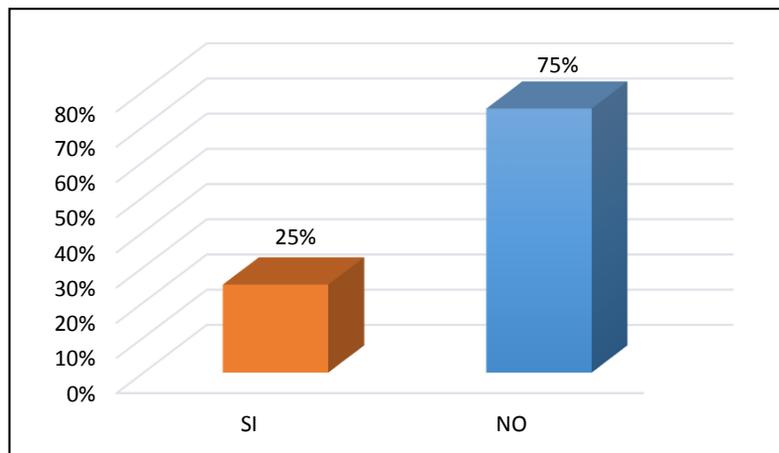
IDENTIFICACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA

VARIABLE	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Identificación, N° Bránula y Fecha de Instalación.	1	25	12	75
Identificación y Fecha de Instalación.	3	75		
TOTAL	4	25	12	75

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 26

IDENTIFICACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 75 % no realizan la identificación después de la canalización y el 25 % si realiza la identificación, de las cuales el 75% con los siguientes datos identificación de la enfermera, N° de bránula y fecha de instalación y el 25% identificación de la enfermera y fecha de instalación.

TABLA N° 27

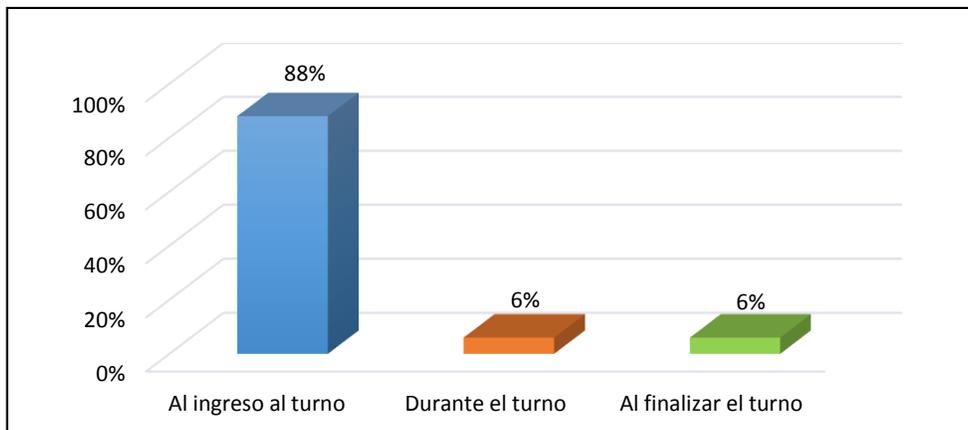
**VALORACIÓN LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA PERIFÉRICA VENOSA
ANTES Y DURANTE EL TURNO**

VARIABLE	N°	%
Al ingreso al turno	14	88
Durante el turno	1	6
Al finalizar el turno	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 27

**VALORACIÓN LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA PERIFÉRICA VENOSA
ANTES Y DURANTE EL TURNO**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El personal de enfermería realizan el control de la permeabilidad en un 88% al ingreso del turno, un 6% lo realiza durante el turno y 6% al finalizar el turno.

TABLA N° 28

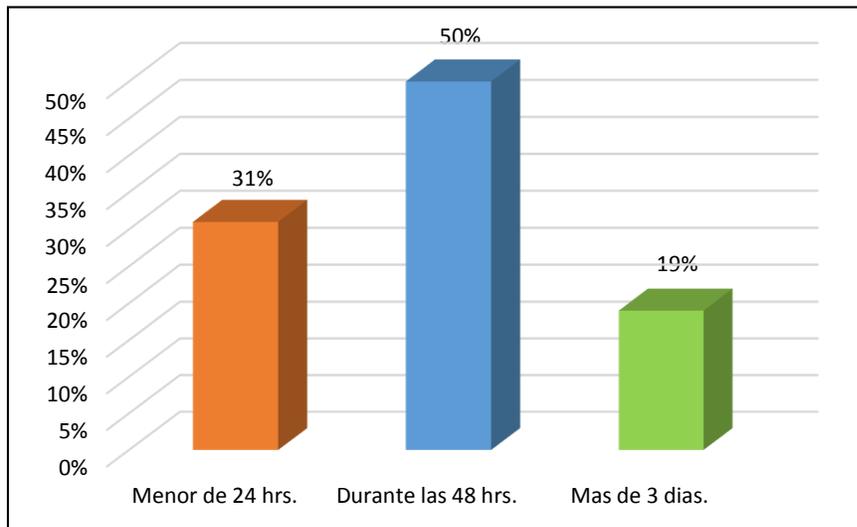
TIEMPO DE DURACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA

VARIABLE	N°	%
Menor de 24 hrs.	5	31
Durante las 48 hrs.	8	50
Más de 3 días.	3	19
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 28

TIEMPO DE DURACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA CANALIZADA



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: Mediante la observación realizada se evidencio que la duración de la vía periférica canalizada el 50% tiene una duración de 48 horas, el 31% es menor de 24 horas y el 19 % duran más de 3 días.

TABLA N° 29

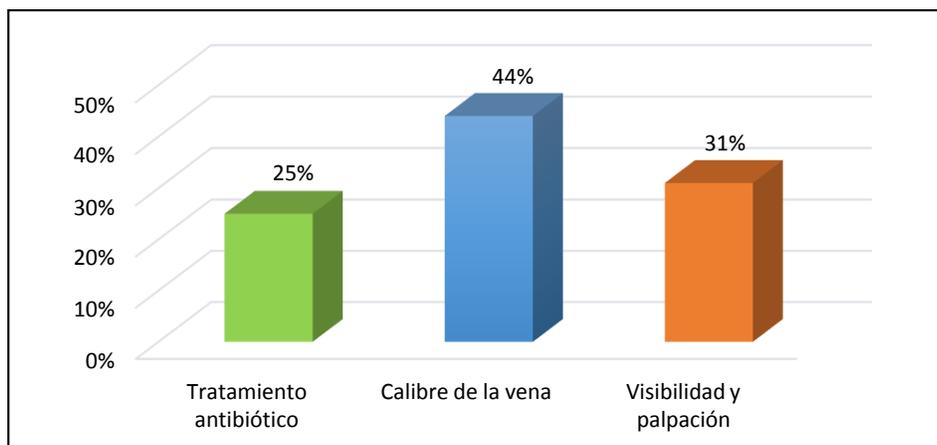
CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA QUE EMPLEAN PARA LA ELECCIÓN DEL N° BRÁNULA PARA LA CANALIZACIÓN

VARIABLE	N°	%
Tratamiento antibiótico	4	25
Calibre de la vena	7	44
Visibilidad y palpación	5	31
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 29

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA QUE EMPLEAN PARA LA ELECCIÓN DEL N° BRÁNULA PARA LA CANALIZACIÓN



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 44% según la observación lo realizan por el calibre de la vena, el 31% por la visibilidad y palpación y el 25 % lo realizan por el tratamiento antibiótico para la elección de la bránula.

TABLA N° 30

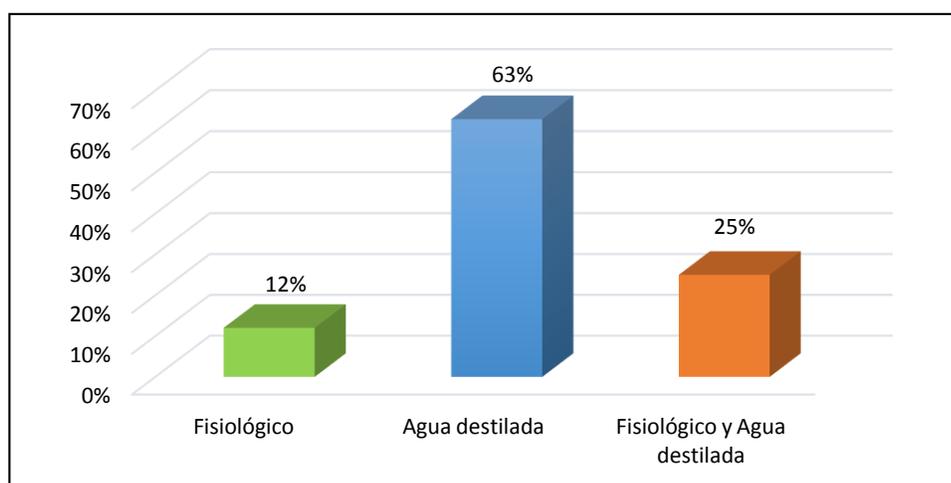
**SOLUCIÓN UTILIZADA PARA LA DILUCIÓN Y RE DILUCIÓN DE
MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN POR VÍAS PERIFÉRICAS**

VARIABLE	N°	%
Fisiológico	2	12
Agua destilada	10	63
Fisiológico y Agua destilada	4	25
TOTAL	16	100

Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

GRÁFICO N° 30

**SOLUCIÓN UTILIZADA PARA LA DILUCIÓN Y RE DILUCIÓN DE
MEDICAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN POR VÍAS PERIFÉRICAS**



Fuente: Elaboración Propia / Sobre base de datos, Clínica Alemana, 2019.

INTERPRETACIÓN: El 63% realizan la dilución y re dilución con agua destilada, el 25% lo realizan con fisiológico o agua destilada y 12% que solo lo realiza con fisiológico.

X. CONCLUSIONES

Terminada la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- ❖ En relación a la experiencia laboral el 69% del personal de enfermería trabaja menos de 1 año en la Unidad de Neonatología en cambio el 19% trabaja entre 1 a 2 años, el 6% trabaja entre 3 a 5 años y el 6% trabaja más de 5 años.
- ❖ En relación a las Competencias Cognitivas obtenidas a través de una encuesta el 75% del personal de enfermería tiene un nivel de conocimiento bueno sobre la canalización de vías periféricas en neonatos y 25% tiene un conocimiento regular.
- ❖ Con respecto a las Competencias Técnicas y Actitudinales obtenidas a través de la guía de observación realizada el personal de enfermería tiene el 63% un nivel regular y un 37% un nivel malo.

XI. RECOMENDACIONES

- ❖ Es importante que las enfermeras practiquen permanentemente la aplicación de la teoría a la práctica. (competencia cognitiva relacionada con competencia técnica y actitudinal).
- ❖ Autoridades mejorar las políticas de rotación del personal de enfermería en la unidad de neonatología.
- ❖ Talleres de actualización en relación al manejo de vías periféricas en neonatos.
- ❖ Actualización continua.
- ❖ Motivar a la realización e implementación de protocolo para la atención a los neonatos.
- ❖ Realizar futuras estudios al manejo de diferentes procedimientos de enfermería en la atención de enfermería en neonatos.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Florián L., “Conocimiento de enfermería sobre canalización de vía periférica y la presencia de flebitis en el neonato”. [Tesis de Especialidad]. Trujillo – Perú. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Enfermería. 2015.
2. Rivas A., Rivas E., Evaluación de protocolos de seguimiento de vías venosas periféricas neonatología. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco – Chile. 2008.
3. Velázquez S., Gómez C., Cuamatzi M., Izquierdo M., Conocimiento y criterios de enfermería para evitar flebitis en neonatos con catéter venoso periférico. Revista de Enfermería, [en línea]. 2009. [consultado noviembre 2018]; Disponible en www.medigraphic.com
4. Olmedo A., Velasco R., Godínez R., Acciones para restablecer la permeabilidad de la venoclisis por personal de enfermería. Revista de enfermería IMSS - Universidad de Colima - Facultad de Enfermería, [en línea]. 2004. [consultado noviembre 2018]; Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042h.pdf>
5. Barria M., Santander M., Acceso Vascular Periférico en Neonatos de Cuidado Intensivo: Experiencia de un Hospital Público. 2006. [en línea]., [consultado noviembre 2018]; 12(2): 35-44. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200005
6. Nightingale, Florence. Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?, [en línea]. Barcelona. Masson – Salvat Enfermería, 1990, p. 23 [consultado noviembre 2018] <https://books.google.es/books?id=nSqzXx6jNEEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
7. Corona Martínez Luis A, Fonseca Hernández Mercedes. La toma de decisiones médicas y su formación como habilidad profesional. Educación Medica Súper [en línea]. 2003 Dic [citado 2020 Oct 18]; 17(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000400004&lng=es.

8. Marriner, A. "Modelos y Teorías de Enfermería", Mosby, Madrid.
9. Leddy, M., Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Filadelfia: JB Lippincott Company; p. 434.1997.
10. Johnson, D.E., The behavioral system model for nursing. In J. P. Riehl and C. Roy, Conceptual models for nursing practice 2d ed. New York: Appleton-Century-Crofts, pag. 98., 1980.
11. Carrero C., Manual Actualización Enfermera en Accesos Vasculares y Terapia intravenosa, 1ra Ed. 2008
12. Edgar O. Cáceres V, M. Ángel Moreno SJ. Etica, Calidad Total Y Auditoria Médica, Editorial: La Palabra Editores, 1ra Edición 1999.
13. Lum, Mc Hal-Carson "Cuidados Intensivos Procedimientos de la American Association Of Critical Care Nurse Aacn", 4ta edición, Editorial Panamericana Buenos Aires Argentina 2003.
14. Garrahan J., "Cuidados de Enfermería Neonatal" 3ª Edición Editorial Panamericana. 2009.
15. Mendoza M., "Manual de Procedimientos de Enfermería por competencias para el cuidado del recién nacido y niño enfermo", La Paz - Bolivia, 2010.
16. Sampieri, Fernández, Baptista, "Metodología de la Investigación", México, Editorial Interamericana. 2010.
17. Tortora, Derrickson, "Principios de la Anatomía y Fisiología", editorial Panamericana, pág. 740 – 746. 2006.
18. Tamez R., "Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal", Capítulo 8, fundamento de la administración de medicamentos, Editorial Panamericana, 5ta Edición, Pág. 76 – 78. 2013.
19. Marriner T Ann, Raile A Martha - Modelos Y Teorías En Enfermería Editorial
20. Harcourt Brace 4ª Edición Madrid España 1999.

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MEDICA

UNIDAD DE POST GRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Colega:

En el marco del desarrollo personal y profesional en Enfermería, en esta oportunidad relacionada a la actividad cotidiana referente a la competencia de enfermería en la instalación, mantenimiento y cuidados de vías periféricas se hace necesario conocer las competencias específicas, alcances, limitantes y las características de ésta temática como parte fundamental de la práctica profesional en el servicio de neonatología. Además de conocer las valiosas opiniones de enfermeras que a diario están involucradas en la dinámica de la inserción, mantenimiento y cuidados.

Por las razones mencionadas la investigadora está obligada a:

- ❖ Guardar entera confidencialidad de toda información obtenida como razón de la recolección de datos fehacientes proporcionados por las investigadas a través de los instrumentos y técnicas utilizadas.
- ❖ Que los instrumentos utilizados aplicados serán de carácter de anónimo y resguardo de la privacidad

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MEDICA

UNIDAD DE POST GRADO

ENCUESTA

Distinguida y apreciada Colega:

El presente cuestionario tiene como objetivo, recabar información acerca de las competencias de enfermería en la canalización de vías periféricas de la unidad de neonatología. Su participación y cooperación son de gran importancia para dar una información enmarcada en la veracidad y honestidad que a Ud. la caracterizan, por lo que le agradezco profundamente.

Instrucciones: Marca con una X la casilla que considera la respuesta adecuada.

1. ¿Qué tiempo trabajó o trabaja usted en un servicio de neonatología?

Menos de 1 año 1 a 2 años
3 a 5 años Más de 5

2. ¿Cuentan con algún protocolo para la inserción de accesos venosos periféricos en neonatos?

SI NO

3. ¿Realiza Higiene de manos con agua y jabón líquido antiséptico para la instalación de vía venosa?

SI NO

Si lo realiza cual lavado de manos emplea:

Clínico Quirúrgico

4. ¿Usa guantes para la instalación de vías periféricas?

SI NO

5. ¿Cuál es la osmolaridad comprendida para una terapia intravenosa periférica?

Menor a 500 ml os/ Litro. Mayor a 800 ml os / Litro.

6. ¿Mencione cuál es la concentración de dextrosa que se puede infundir por una vía venosa periférica?

Menor a 12% 12 a 15 % 15 a 20 %

Ninguno Todos

7. ¿Valora Usted la permeabilidad de la vía venosa al ingreso y durante el turno?

Siempre A Veces Nunca

8. ¿Qué vena elige para la inserción de la vía periférica?

Arco dorsal Radial y Cubital Cefálica y Basílica

Safena Interna Tibial Anterior Otras

9. ¿Cuál es el antiséptico que utiliza para la canalización venosa periférica?

Alcohol 70% Alcohol 70% y Clorhexidina 2%

Clorhexidina 2% Otro

10. ¿Si Usted logra insertar el dispositivo en cuantas intenciones lo realiza?

Primer intento Segundo intento Más de 3

11. ¿Indique cuánto tiempo la duración de la vía periférica instalada?

Menor a 24 horas. Durante las 48 horas. Más de los 3 días.

12. ¿Qué material empleas para la fijación después de la canalización venosa periférica en neonatos?

- ❖ Tegaderm 6,5 x 7cm, Micropore, Transpore, Esparadrapo y Férula
- ❖ Tegaderm 5 x 5,7cm, Micropore, Transpore y Ferula
- ❖ Tegaderm 6x 7cm, Micropore, Transpore, Esparadrapo y Férula
- ❖ Micropore, Transpore, Esparadrapo y Férula
- ❖ Micropore, Transpore y Férula
- ❖ Tegaderm, Micropore y Férula

13. ¿Usted considera que la elección del N° Bránula depende?

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Edad gestacional | <input type="checkbox"/> | Tratamiento antibiótico | <input type="checkbox"/> |
| Hidratación | <input type="checkbox"/> | Calibre de la vena | <input type="checkbox"/> |
| Preferencia personal | <input type="checkbox"/> | Visibilidad y palpación | <input type="checkbox"/> |

14. ¿Cuál es el N° de Bránula con la preferencia que usted canaliza una vía periférica?

- Bránula N° 24 Bránula N° 22

15. ¿Usted luego de canalizar la vía periférica realiza la rotulación?

- Si No

Si lo realiza lo hace de la siguiente manera:

- Nombre de la enfermera, Numero de Bránula, Fecha de instalación
- Nombre de la enfermera, Fecha de instalación
- Nombre de la enfermera
- Fecha de instalación

16. ¿Cuáles son las complicaciones de la vía periférica?

Flebitis Infiltración Extravasación
Eritema Otros

17. ¿Cuáles son los signos de alarma que se debe valorar en una vía periférica?

Eritema Dolor y llanto
Induración Edema
Todos Ninguno

18. ¿Qué cuidados realiza en la administración de medicamentos o soluciones endovenosos?

Administración en Bolo Uso de micro gotero.
Administración intermitente Uso de bomba de infusión.
Administración retrograda

19. ¿Usted realiza la dilución y re dilución para la administración de medicamentos endovenosos con?

Dextrosa 5% Dextrosa 10% Fisiológico
Agua destilada Otras

20. ¿En cuánto tiempo usted administra los antibióticos en la vía endovenosa?

10 a 15 min 15 a 30 min 30 a 60 min

ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA

MEDICA

UNIDAD DE POST GRADO

GUIA DE OBSERVACION

OBSERVACIONES	SI	NO	OBSERVACIONES ESPECIFICAS
1. Higiene de manos con agua y jabón líquido antes de la canalización de vía periférica.			
2. Usa guantes para la canalización.			
3. Asepsia de la zona antes de la instalación de la vía periférica			
4. Área de elección para inserción del catéter venoso periférico			
5. Numero de intenciones al momento de la instalación de la vía periférica			
6. Uso material adecuado para la instalación de vía periférica			
7. Modo de fijación de la vía periférica anatómicamente			
8. Valora sitio de punción y verifica permeabilidad de vía endovenosa			
9. Verifica complicaciones de la vía periférica en su momento.			
10. Identificación adecuada una vez instalada la vía periférica			
11. Cuidados que realiza en la de medicamentos intravenosos o soluciones.			
12. Duración o cambio de la vía venosa.			

La Paz 7 de noviembre del 2019

Señora:

Dra. Samantha Rodriguez

DIRECTORA DE LA CLÍNICA ALEMANA

Presente:

**REF. SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REALIZAR
UNA INVESTIGACION DE INTERVENCIÓN**

Mediante la presente quiero saludarla deseándole éxitos en la labor que desempeña para el progreso de la institución.

El motivo de la presente solicito a su autoridad para llevar a cabo una investigación **TITULADA COMPETENCIAS DE ENFERMERIA EN LA CANALIZACION DE VIAS PERIFERICAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DE LA CLINICA ALEMANA, GESTION 2019**, para así obtener el título de especialista en enfermería neonatal.

A la conclusión de la investigación se hará llegar una copia del ejemplar como constancia de la investigación y sea un material valioso para realizar otras investigaciones.

A tiempo de agradecer su importante colaboración me despido.

Atentamente



Lic. Eleana Liced Mamani Choque

ESTUDIANTE DE POST GRADO UMSA



La Paz, 24 de OCTUBRE del 2019

Señora:

Lic. Eleana L. Mamani Choque

Presente.-

Ref.: RESPUESTA A SOLICITUD

De mi consideración:

Mediante la presente y, tomando conocimiento de la propuesta de intervención que tiene planteada realizar en la institución, mi persona dará viabilidad y colaboración para la ejecución de dicha propuesta en los tiempos establecidos.

Sin otro particular me despido.

Atentamente.



Lic. Dolma R. Chambi Quipe
Jefa de enfermeras
Clínica Alemana

cc.Arch.



789 911 00 24/7

FORMULARIO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CRITERIOS A EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.	✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de investigación.	✓		
Los ítems están distribuidos de forma lógica y secuencial.	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger información.	✓		
En caso de ser negativa su respuesta sugiera los ítems a añadir.	✓		

VALIDEZ

APLICABLE		NO APLICABLE	
	Si		

APLICABLE ATENDIO LAS OBSERVACIONES

Validada por:	
NOMBRE: Lic Hilda Blanco Vargas	FECHA: 10-10-19.
FIRMA: 	SELLO:  HODE Materno Infantil.

FORMULARIO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CRITERIOS A EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.	/		
Los ítems permiten el logro del objetivo de investigación.	/		
Los ítems están distribuidos de forma lógica y secuencial.	/		
El número de ítems es suficiente para recoger información.	/		
En caso de ser negativa su respuesta sugiera los ítems a añadir.	/		

VALIDEZ

APLICABLE	NO APLICABLE
✓	

APLICABLE ATENDIO LAS OBSERVACIONES

Validada por:	
NOMBRE: Lic. Ana María Herrera M. Herrera Ferrn	FECHA: 10-10-19
FIRMA: 	SELLO: 

FORMULARIO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CRITERIOS A EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.	✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de investigación.	✓		
Los ítems están distribuidos de forma lógica y secuencial.	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger información.	✓		
En caso de ser negativa su respuesta sugiera los ítems a añadir.	✓		

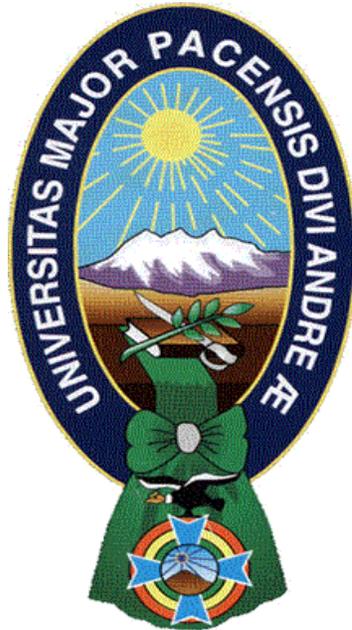
VALIDEZ

APLICABLE		NO APLICABLE	
	✓		

APLICABLE ATENDIO LAS OBSERVACIONES

Validada por:	
NOMBRE: <i>Lic. Soledad E. Cruz</i>	FECHA: <i>8-10-19</i>
FIRMA: 	SELLO: 

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MEDICA
UNIDAD DE POST GRADO



TRABAJO DE GRADO

PROTOCOLO PARA LA CANALIZACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS
EN NEONATOS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA,
CLÍNICA ALEMANA

AUTORA: Lic Eleana Liced Mamani Choque

LA PAZ – BOLIVIA

2019

INTRODUCCIÓN

La canalización intravenosa es un método de acceso directo a la circulación venosa periférica, para la administración de soluciones, medicamentos, hemoderivados con el objetivo de mantener un balance hidroelectrolítico normal y niveles plasmáticos de los fármacos.

Sin embargo, en la administración de fármacos y soluciones pueden provocar complicaciones, como hematomas o tromboflebitis. Incluso no siendo complicaciones graves, sí que van a ser siempre molestas para el paciente.

No siempre pueden evitarse estas complicaciones, pero una técnica correcta, unos niveles de higiene apropiados y un buen conocimiento del equipo que se utiliza pueden reducir su aparición y gravedad.

Es importante protocolizar nuestros cuidados para unificarlos, prever las complicaciones y evaluar las acciones.

DEFINICIÓN

Es la instalación de un catéter a través de un vaso sanguíneo periférico para la administración de medicamentos, hemoderivados con el objetivo de mantener un balance hidroelectrolítico normal y niveles plasmáticos de los fármacos.

MATERIAL O EQUIPO

- ❖ Bránula N° 24 o 22.
- ❖ Llave de tres vías o extensor de vía.
- ❖ Ligadura desechable.
- ❖ Tela adhesiva Micropore.
- ❖ Apósito transparente 5 x 5,7 cm.
- ❖ Cubeta o riñonera.
- ❖ Tijera.
- ❖ Pinza Kelly o mosquito.
- ❖ Algodón o gasa estéril.
- ❖ Alcohol 70% o clorhexidina 2%.
- ❖ Férula para inmovilizar de acuerdo al sitio anatómico.
- ❖ Lámpara de transporte.

PROCEDIMIENTO

1. Lávese las manos con agua y jabón líquido antiséptico antes y después del procedimiento.
2. Aplique alcohol en gel en la planta de las manos y distribuya por todo el dorso.
3. Lleve la bandeja a la unidad del recién nacido y tenga en orden a uso.
4. Coloque en el trípode la solución indicada.
5. Instale la bomba de infusión más alto que el nivel donde se encuentra el recién nacido dejándolo en caída libre el conector del equipo del suero, teniendo precaución de no contaminar.

6. Verifique la permeabilidad del trayecto del equipo y llave de tres vías, debe quedar sin aire o burbujas.
7. Prepare la cantidad de tela adhesiva necesaria de los cortes de diferente longitud listo para el uso.
8. Descubra el miembro superior elegido, identificado y seleccionando la vena palpando su movilidad y calibre.
9. Inmovilice y acomode al recién nacido, coloque el torniquete en relación proximal al sitio de punción para visualizar y palpar mejor la vena, ajuste solo lo suficiente para dilatar las venas y disminuir la corriente sanguínea.
10. Palpe con el dedo índice la vena ingurgitada, para precisar el trayecto, desplace la piel ligeramente hacia un lado y trate de mantener firme la vena.
11. Desinfecte la piel con algodón o gasita estéril humedecido con alcohol 70% o clorhexidina 2%.
12. Retire el cobertor de la bránula.
13. Puncione con la bránula sobre la vena elegida, con el bisel hacia arriba, formando un ángulo de 25° en relación a la piel.
14. Introduzca suavemente la aguja hacia el centro de la vena, una vez que traspase la piel, baje la aguja hasta mantenerla paralela a esta.
15. Después de atravesar la pared venosa momento en el que hay salida de sangre por el trayecto del mandril de la bránula, con el dedo pulgar de la opuesta mano presiona para evitar la salida de sangre.
16. Acople de inmediato la llave de tres vías o extensor de vía.
17. Fije la bránula con el apósito transparente dejando el sitio de inserción visible y férula debajo de la zona canalizada protegiendo la piel con algodón.
18. Regule el flujo del goteo de la solución o conecte la bomba de infusión.
19. Coloque una etiqueta con la fecha de instalación, calibre del catéter y nombre de la persona que lo instaló, sin obstruir la visibilidad del sitio de inserción.
20. Deje cómodo al recién nacido.
21. Deseche todos los residuos de acuerdo a normativa.
22. Registre la fecha, hora, nombre de la solución instalada y cantidad.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- ❖ El contacto con los componentes de sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones y equipos contaminados se constituyen en un vehículo de transmisión de infecciones por lo que es imprescindible el lavado de manos.
- ❖ La circulación sanguínea, condiciona la velocidad de la absorción que transcurre desde el momento de la introducción del fármaco.
- ❖ El cálculo y la dosificación de la medicación administrada por vía endovenosa en neonatos y lactantes requieren una dilución de acuerdo a peso y edad.
- ❖ Los accesos venosos más utilizados en el recién nacido son la vena cefálica, vena basílica en la flexura del codo, la vena radial, cubital, arco dorsal y para medianas en los miembros superiores.
- ❖ En los miembros inferiores los accesos venosos utilizados por fuerza mayor son la safena interna y externa, tibial anterior a la altura de la flexura de la rodilla.
- ❖ Los antibióticos se administrarán en un tiempo de 30 a 60 minutos.
- ❖ La venopunción en zona de pliegue sólo debe utilizarse para la toma de muestra sanguínea. En caso de una vía venosa periférica utilizar accesos venosos de brazo, antebrazo y manos a fin de prevenir complicaciones.
- ❖ Terapia de infusión los fluidos y medicamentos a ser administrados poseen un pH comprendido entre 5 - 9 y una osmolaridad menor a 500 ml os/litro.

RECOMENDACIONES

- ❖ Mantenga la técnica aséptica durante todo el procedimiento.
- ❖ No olvide proteger la zona adyacente del sitio de punción.
- ❖ Escoja y prefiera sitios alejados de las zonas de flexión por ser difíciles de inmovilizar, utilizar como último recurso.
- ❖ Recuerde la conveniencia de utilizar las venas de miembros superiores las venas de miembros inferiores solo serán utilizados en casos extremos por posibilidad de trombosis.
- ❖ Evite puncionar en zonas adyacentes a lesiones cutáneas y / o infectadas.
- ❖ Verifique la permeabilidad de la vía buscando signos de flebitis, palidez, extravasación e infiltración.
- ❖ Cambie los equipos utilizados conectados cada 72 horas con técnica aséptica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza Ma.; Ríos F., “Manual de procedimientos de enfermería por competencias para el cuidado del recién nacido y niño enfermo” Cateterismo venoso periférico, Segunda Edición La Paz Bolivia, 2013 Pág., 104 - 110.
2. Sampieri, Fernández, Baptista, “Metodología de la investigación”, Editorial Interamericana de México, 2010.
3. Tortora, Derrickson, “Principios de la anatomía y fisiología”, Editorial Panamericana ,2006, pág. 740 – 746.
4. Tamez R., “Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal”, Capitulo 8, Fundamento de la administración de medicamentos, Editorial Panamericana, 5ta Edición 2013, Pág. 76 – 78.