

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PEDIATRÍA



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA ENFERMERA EN LA
PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES MENORES DE 5
AÑOS CON CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO DEL SERVICIO
DE MEDICINA A DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL
NIÑO**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PÚBLICA

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

**TESISTAS: Lic. Enf. KEYLA MARIBEL VELA RODRIGUEZ
Lic. Enf. MARLENY CLARA PASACHE ECHEGARAY
Lic. Enf. GIOVANNA VIOLETA TORRES MARTÍNEZ**

ASESORA: Dra. NANCY VERAMENDI VILLAVICENCIOS

**HUÁNUCO - PERÚ
2015**

DEDICATORIA

A nuestros padres, hermanos
y familia por su apoyo
incondicional.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Asesora por toda la paciencia, apoyo y asesoramiento en la culminación de esta investigación.

A nuestra Casa Superior de Estudios por los conocimientos recibidos.

A las Autoridades de la Universidad.

RESUMEN

La asistencia pediátrica envuelve mucho más que la prevención de la enfermedad, envuelve así mismo los cuidados que consideran las necesidades de los pacientes, propiciando su crecimiento y desarrollo normal. La unidad pediátrica está compuesta por un equipo de profesionales que tienen como objetivo la recuperación del paciente. Es necesario un espíritu de equipo y que el profesional de enfermería pueda realizar sus actividades armoniosamente basadas en el conocimiento, experiencias y habilidades para realizar el cuidado con calidad.

Según Carballo, afirma: “La flebitis es una complicación frecuentemente asociada a la utilización de catéteres intravenosos periféricos en los pacientes hospitalizados”. Comprobándose que la mayoría de episodios de flebitis se presenta entre las 24 y 48 horas de instalado el catéter venoso periférico.

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes de la enfermera en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño, durante los meses de Mayo-Julio del 2013

Se utilizó como principal instrumento una encuesta estructurada, la misma que fue aplicada a la muestra calculada y seleccionada; posteriormente se procedió a realizar la tabulación de los datos con el estadígrafo y a obtener los resultados, los mismos que nos permitieron contrastar las hipótesis; para posteriormente llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

ABSTRACT

Pediatric care involves more than just the prevention of disease, and it involves the care that consider the needs of patients, promoting normal growth and development. The pediatric unit is staffed by a team of professionals who aim to patient recovery. Team spirit is necessary and that the nurse can carry out its activities in harmony based on knowledge, experience and skills to perform quality care.

According to Carballo, said: "The phlebitis is a complication often associated with the use of peripheral intravenous catheters in hospitalized patients." Verifying that the majority of episodes of phlebitis occurs between 24 and 48 hours in the peripheral venous catheter installed.

The objective of the research was to determine the level of knowledge and attitudes of nurses in the prevention of phlebitis in patients with peripheral venous catheter Medicine A service of the National Institute of Child Health, during the months of May-July 2013

A structured questionnaire was used as the main instrument, it was calculated and applied to the selected sample; then proceeded to perform the tabulation with the statistician and get the results, they allowed us to test the hypotheses; finally arriving at conclusions and recommendations relevant.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
INTRODUCCIÓN	x

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO 1

1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	5
1.3. Antecedentes	5
1.4. Hipótesis	7
1.5. Variables e indicadores	7
1.6. Objetivos	8
1.7. Justificación	8
1.7. Bases teóricas	11
1.7.1. Conocimiento	13
1.7.1.1. Definición de conocimiento	13
1.7.1.2. Características del Conocimiento	14
1.7.1.3. Niveles de conocimiento	15
a. Conocimiento tácito	15
b. Conocimiento implícito	17
c. Conocimiento explícito	17
1.7.1.4. Tipos de conocimiento	18
a. Conocimiento objetivo	18
b. Conocimiento común	19
c. Conocimiento sistemático	21
1.7.1.5. El Conocimiento Científico	23

a. Definición	23
b. Elementos del conocimiento científico	23
1.7.2. Actitud	27
1.7.2.1. Definiciones de actitud	27
1.7.2.2. Características de la actitud	30
1.7.2.3. Componentes de las actitudes.	31
1.7.2.4. Formación de las actitudes	32
1.7.3. Prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico	34
1.7.3.1. Venopunción	34
1.7.3.2. Utilidad para la venopunción	34
1.7.3.3. La terapia intravenosa	36
1.7.3.4. Valoración de los factores que contribuyen a la aparición de la flebitis.	38
a. Signos de flebitis	38
b. Elección del catéter	39
c. Elección del lugar de inserción:	40
d. Vulnerabilidad del individuo a contraer la infección.	41
1.7.3.5. Diagnóstico enfermero	42
a. Objetivos y actividades	43
b. Dolor, calor y rubor	48
c. Aumento de la temperatura sistémica	49
d. Edema cutáneo	49
e. Registro y evaluación	50

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO	52
2.1. Ámbito de estudio	52
2.2. Población	52
2.3. Muestra	53
2.4. Tipo y Diseño de la investigación	53

2.5.	Metodología utilizada	54
2.6.	Técnicas e instrumentos utilizados.	54
2.7.	Procedimiento	55

CAPITULO III

	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	57
3.1.	Resultados del cuestionario de conocimientos sobre prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico (Anexo 1)	59
3.2.	Resultados de la escala de Likert modificada (Anexo 2)	78
	CONCLUSIONES	90
	RECOMENDACIONES	91
	BIBLIOGRAFÍA	92
	ANEXOS	95
	ANEXO N° 1: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES CON CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	96
	ANEXO N° 2: ESCALA DE LIKERT MODIFICADA	100
	ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	101
	ANEXO N° 4: ESCALAS DE CLASIFICACIÓN Y DETERMINACIÓN DE PUNTAJES DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES	102

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación, se aborda en primer lugar el planteamiento del problema de investigación, que corresponde a la línea de investigación del cuidado de la salud, es un problema de salud en pacientes pediátricos hospitalizados en un servicio de medicina que presentan complicaciones en el uso del catéter venoso periférico (CVP), esta investigación tendrá un impacto positivo en la Institución, para prevenir complicaciones a los pacientes pediátricos sujetos a una terapia intravenosa y disminuir las complicaciones en el paciente pediátrico hospitalizado con CVP.

Hemos seguido todas las pautas metodológicas sugeridas por nuestra Casa Superior de Estudios, y por consiguiente, la Tesis tiene el siguiente esquema o contenido:

En el Capítulo I: MARCO TEÓRICO, se consignan los antecedentes y referencias previas a nuestra investigación; hipótesis, variables, indicadores, objetivos; población, muestra y bases teóricas de la investigación. En el Capítulo II: MARCO METODOLÓGICO se precisa el aspecto metodológico, métodos y materiales usados para hacer la investigación, el diseño y metodología utilizada, así como las técnicas e instrumentos utilizados y su procedimiento y tratamiento estadístico.

En el Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN se incluye el desarrollo del tratamiento estadístico de los instrumentos aplicados, contiene los cuadros, gráficos y análisis estadístico basado en los resultados obtenidos de la aplicación de los diversos instrumentos. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que se han llegado al final de la investigación, así como los respectivos anexos.

El tipo de estudio desarrollado fue del tipo descriptivo-observacional, se aplicó dos instrumentos, una escala de Lickert modificada para medir

actitudes con 12 ítems y un cuestionario de conocimientos de 19 preguntas a 26 Licenciadas en enfermería que laboran en el Servicio de Medicina A del Instituto de Salud del Niño.

Para llegar al análisis de los resultados del presente estudio, se realizó en un período de un (01) año partiendo de su planificación al informe final de los resultados. Los datos obtenidos con los instrumentos de recolección de datos se recabaron en 4 semanas.

Se concluye principalmente que el 57.9% de las licenciadas en enfermería presentan nivel de conocimiento medio sobre prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico, seguido por el 26.3% que presentó nivel de conocimiento bajo. Un 15.8% mostró alto nivel de conocimiento.

El 100% del personal de enfermería mostró actitudes positivas en la prevención de flebitis con catéter venoso periférico.

Se recomienda realizar educación continua en servicio, a fin de que el personal cumpla con todas las acciones específicas para prevenir flebitis en el enfermo y proporcionar protocolos de actuación para el cuidado de los enfermos con catéter periférico, a fin de unificar criterios y no obviar ninguna acción.

Contiene información referente a los aspectos básicos del problema de investigación y los aspectos operacionales.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Planteamiento del Problema

El cuidado y la atención de los pacientes, se ha ejercido desde los tiempos más remotos de la humanidad; con la participación del personal de enfermería, sin embargo, es hasta la década de los años 50 que en Estados Unidos de Norteamérica y en los años 70 que en otros países se reconoce su participación y se hace de ésta objeto de estudio ⁽¹⁾.

En el ámbito hospitalario durante el ejercicio diario de la profesión de enfermería, “se observa el uso cada vez más frecuente de catéteres venosos, de los cuales el personal de enfermería es responsable de su inserción, permanencia y retiro”⁽²⁾. Observándose que el surgimiento de la flebitis repercute en la calidad de vida del ser humano y que aunque no es un padecimiento que ponga en riesgo la vida de los

pacientes, la flebitis incide en complicaciones como bacteriemias y septicemias que afectan la calidad de vida del paciente, siendo esto una preocupación cada vez más creciente del área de enfermería

La flebitis es una complicación frecuente en los pacientes pediátricos en donde las intervenciones diarias del profesional de enfermería pueden ser de gran utilidad en cuanto a su prevención. “Los catéteres venosos periféricos (CVP) son los dispositivos más frecuentemente empleados para el acceso vascular”, aunque la incidencia de infecciones locales o sistémicas asociadas a su utilización es habitualmente baja, ocasionan gran morbilidad por la frecuencia con la que se usan, siendo la flebitis la complicación más frecuente de los mismos, su incidencia es muy variable con tasas que han oscilado entre el 2.5 y el 100%. ⁽³⁾.

El Cateterismo venoso periférico corresponde a la intervención más usada dentro de la terapia intravenosa y es pilar fundamental dentro del cuidado del paciente pediátrico gravemente enfermo ingresado al Servicio de Medicina A y hacen que el acceso vascular sea una necesidad prioritaria para estos pacientes, además como lo señala Carballo, “ es uno de los procedimientos más utilizados para administrar a los pacientes fluidos, fármacos, productos sanguíneos y nutrición parenteral”, sobre todo en el área asistencial, las complicaciones potenciales derivadas de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso pueden ser extravasación de líquidos, infecciones, trombosis, necrosis tisular y la flebitis principalmente⁽⁴⁾.

En el paciente pediátrico las venas son frágiles, de poca duración y su canalización resulta angustiosa, afortunadamente se han ido perfeccionando a la par con la tecnología catéteres de diferentes materiales, formas y tamaño que pueden ser utilizados, como conductos para proveer productos a las venas centrales y periféricas.

“Las venas periféricas son accesibles y mayor en número, pero su capacidad debe ser utilizada en más corta duración, porque muchas se tapan, otras se rompen, se extravasa el líquido y el área se edematiza”⁽⁵⁾.

Así mismo, de hecho cuanto mayor es la gravedad del paciente pediátrico, mayor es la dependencia del funcionamiento de una vía venosa periférica. De esta manera, el conocer algunas diferencias en términos de ejecución del procedimiento, como intentos de venopunción y tiempo invertido en ello, duración y complicaciones que se presenten en esta población, caracterizada por su vulnerabilidad y por la estrechez de las venas, limitados sitios de elección y prolongación de la terapia intravenosa ⁽⁶⁾.

El servicio de medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño es un servicio que recibe pacientes pediátricos desde el mes de nacidos hasta los 5 años de edad, excepcionalmente algunos pacientes tienen mayor edad. El servicio cuenta con 18 cunas para atención de los pacientes de estas edades y 2 camas destinadas a pacientes en ventilación mecánica. Las patologías que se reciben en este servicio son diversas mayormente no quirúrgicas en donde el paciente pediátrico ingresa con un diagnóstico ya definido y para recibir su tratamiento o para valoración, diagnóstico y tratamiento respectivo. El cual puede ser administrado a través de vía oral o parenteral.

El paciente pediátrico que usualmente atendemos en el servicio de medicina tiene patologías crónicas que lo llevan a permanecer hospitalizados por largos periodos de tiempo y donde tiene que recibir tratamientos por vía periférica en largos, lo que conlleva a que el paciente muchas veces sus accesos venosos se vuelvan sensibles a la administración de fármacos por esta vía, y de difícil acceso a la canalización de vía. Usualmente se observan que estos pacientes

tienden a presentar continuas flebitis, por lo que su manejo y estadía hospitalaria se complica.

Es importante la experiencia y los conocimientos científicos del personal de enfermería para el cuidado de los catéteres intravasculares y la vigilancia de los signos de infección. “El correcto mantenimiento de los accesos vasculares incide de manera muy importante en la duración del catéter, el bienestar del paciente y la reducción de costos hospitalarios”. Enfermería está especialmente capacitada para manejar cuidadosamente el catéter venoso periférico, es importante velar por que se fortalezcan y continúen fundamentando los cuidados, ya que el personal de enfermería juega un papel vital desde su colocación hasta su retirada.

El personal de enfermería es quien comparte la mayor parte del tiempo con el paciente durante su hospitalización, es la persona indicada para detectar signos de alarma en complicaciones en este caso signos de infección del catéter venoso periférico, pues es quien se encarga de administrar los medicamentos y realizar la correcta aplicación del mismo, sin embargo aún se observan algunas deficiencias en el Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño cuando se realiza el manejo de las vías tanto en la colocación de la vía, su manejo como en la administración de tratamiento.

Por lo anterior surgió la necesidad de investigar los conocimientos y actitudes del personal de enfermería en la prevención de flebitis en los niños menores de 5 años con catéter venoso periférico, lo cual beneficiará a los pacientes pues será de gran apoyo para fundamentar la necesidad de reforzar conocimientos y actitudes del personal de enfermería para mantener los accesos venosos periféricos en óptimo estado, evitando las infecciones intrahospitalarias como la flebitis en los niños, lo que incidirá en un menor tiempo hospitalario así como

menor costo para los padres y la institución.

1.2. **Formulación del Problema**

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes de la enfermera en la prevención de flebitis en niños menores de 5 años con catéter venoso periférico del servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño?

1.3. **Antecedentes**

En el ámbito internacional, se pudo identificar algunas investigaciones realizadas con respecto al tema de investigación. Así tenemos:

Daidan, M. González, A. y Cadena, M (2000) realizaron una investigación titulada **“Factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por más de 24 horas en el Hospital I.E.S.S Riobamba Ecuador”**. El estudio se planteó como objetivo Investigar los factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por mas de 24 horas ingresados en el servicio de cirugía. Metodológicamente, el estudio fue de orden descriptivo, transversal y analítico, la población objeto de estudio la conformaron los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía que se les había cateterizado una vía endovenosa y tenían más de 24 horas con el mismo; siendo un total de 70 pacientes, como muestra se utilizó el 100% de la población como método se utilizó la observación directa y como instrumento el Guión de Observación aplicado a la muestra sujeta a observación. La misma evidenció que un 27% de la muestra sujeta a observación presentó flebitis, donde los factores asociados se relacionan con la inadecuada cura en el sitio de inserción, mal uso del sistema cerrado.⁽⁸⁾

Lucero, S. Conde, R. y Erazo, J (1999) llevaron a cabo un estudio titulado **“Intervención del profesional de enfermería en la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en la prevención de infecciones en el sitio de venopunción en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital de los Seguros Sociales de Bogotá”**. La misma trazó como objetivo determinar la intervención del profesional de enfermería en la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en la prevención de infecciones en el sitio de venopunción. La investigación se enmarcó en los que se conoce como un estudio descriptivo, prospectivo. La población objeto de estudio se conformó con cien (1400) pacientes, considerando un grupo control de cincuenta (50) pacientes, como instrumento se utilizó una Guía de Observación para evaluar la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en la prevención de infecciones en el sitio de punción. Se evidenció en el grupo experimental que presentaron infecciones del catéter; los hemocultivos reportaron positivos en un 25% de los pacientes y un 20%presento flebitis, lo que llevó a concluir que el personal de enfermería no aplica las técnicas de asepsia lavado de manos como método de prevención de infecciones al momento de realizar cateterización de vías periféricas, la escasez de materiales antisépticos (Gerdex, povidona), hace que el personal utilice alcohol como agente antiséptico. Por tal motivo se concluyó: que existe necesidad de la supervisión continua en la aplicación de las técnicas y procedimientos en la cateterización de vías periféricas, dotación de antisépticos para prevenir infecciones en el sitio de punción.⁽⁹⁾

Entre los antecedentes de las investigaciones relacionadas con terapia endovenosa, se cuenta con una realizada por **Mijares, M. Y Sánchez, L (1996)** **“Calidad de atención brindada al enfermo con catéter periférico”**, cuyo objetivo era determinar la calidad de atención brindada al enfermo con catéter periférico, durante el procedimiento de

venopunción. Este es un estudio descriptivo de campo, realizado en los cuatro (4) servicios de cirugía del Hospital Universitario de Caracas. La muestra estuvo representada. Estos autores investigaron en cuanto a la atención de enfermería para prevenir flebitis, calidad de atención y utilización de técnicas de asepsia y antisepsia en la venopunción periférica, la cual es la variable a investigar de manera que todos están relacionados con la presente investigación y ofrecieron aportes en cuanto a la dirección que tomó la estructura de la variable objeto de estudios y los objetivos.⁽¹⁰⁾

1.4. Hipótesis

Hipótesis General:

- El nivel de conocimientos y actitudes de la enfermera influyen significativamente en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Hipótesis Específicas:

- El nivel de conocimiento del personal de enfermería influye significativamente en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- El tipo de actitudes del personal de enfermería influye significativamente en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño

1.5. Variables e indicadores

Variable dependiente: Nivel de conocimientos y actitudes

Variable independiente: Flebitis

Variable interviniente: Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño

1.6. Objetivos

Objetivo General:

- Determinar el nivel de conocimientos y actitudes de la enfermera en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- Identificar el tipo de actitudes que tiene el personal de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño

1.7. Justificación

En la actualidad, la enfermera está comprometida como nunca antes, a documentar su participación en el suministro de servicios de salud. La población beneficiaria ha reconocido en la asistencia de la salud un derecho, antes que un privilegio, sin lugar a dudas y ante el alto incremento de los costos de atención, se busca la eficaz y decidida participación de la enfermera en el cuidado global de la Salud.

En el Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño, se ha observado un incremento de casos de flebitis en pacientes

pediátricos con presencia continua de catéter venoso periférico.(Fuente indicadores mensuales del Servicio de Medicina A). En virtud de que se presenta esta problemática y de las complicaciones surge la necesidad de investigar para poder disminuir esta problemática.

En la actualidad, la participación en el cuidado y atención de la salud de la población por parte del profesional de enfermería, transcurre por una serie de cambios estructurales en el ser y puesta en práctica de la profesión; la aplicación de la teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

De esta manera la capacidad del personal de enfermería se ve incrementada por medio del conocimiento teórico pues es más probable que los métodos utilizados tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente. La aplicación de las teorías de enfermería proporciona conocimiento profesional necesario para el ejercicio de la profesión así como para la formación en investigación científica, con el propósito de proporcionar un servicio basado en evidencias, promoviendo la capacidad de incidir de forma positiva en la atención y cuidado de la salud.

La flebitis es una complicación secundaria de la terapia intravenosa que día con día se está viviendo en el ámbito hospitalario asistencial, razón por la cual el estudio valorará los conocimientos y criterios de enfermería para evitar la flebitis en los pacientes pediátricos, para actuar en un momento oportuno, sin embargo; al cubrir las necesidades básicas diarias de los pacientes y la aplicación del modelo de Wiedenbach a la práctica clínica exige que las enfermeras posean un conocimiento amplio de los estados normales y patológicos de los pacientes pediátricos, competencia en las técnicas clínicas y

capacidad para iniciar y mantener una comunicación terapéutica con la familia. Además de desarrollar criterios clínicos consistentes que les ayuden a tomar decisiones acertadas sobre los cuidados al niño.⁽⁷⁾

La conveniencia del presente trabajo para instituciones de asistencia social puede reflejarse en la disminución de flebitis, en la prevención de complicaciones a los niños sujetos a una terapia intravenosa y disminuir los múltiples factores que influyen para que se presente la flebitis en el niño hospitalizado con catéter venoso periférico.

La relevancia social de esta investigación se da en la población infantil, del país ya que se beneficiará con un cuidado de enfermería de calidad, y lo dejará libre de riesgos y complicaciones en la aplicación de un catéter venoso periférico, en especial la población pediátrica que está sujeta a una terapia intravenosa, también serán beneficiados los padres de los pacientes pediátricos que ingresan al servicio pues disminuirán los días de estancia del paciente sometido a terapia intravenosa, la relevancia es también en función económica reduciendo los costos en respuesta a los días de estancia a menos gastos para los padres y desde luego para las instituciones de salud.

La aportación teórica la da, la aplicación de la teoría de Ernestine Wiedenbach y demostrar que se puede aplicar en el Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. Por lo tanto el cuidado de enfermería que se da al paciente pediátrico con terapia intravenosa puede tener como marco teórico referente la teoría del arte de la ayuda de la enfermería clínica, de ésta teórica.

La utilidad metodológica es sobre cómo evitar complicaciones en niños sujetos a una terapia intravenosa a través del conocimientos y actitudes en el cuidado de enfermería en el paciente pediátrico, la actitud y aptitud de la enfermera y el contacto que tiene la enfermera

con el niño el cual presenta problemas de salud con mayor exigencia por no poder muchas veces manifestarlo verbalmente, pero el cual lo manifiesta por gestos, llanto e inquietud; y ayudar al niño a disminuir la presencia temprana de la flebitis ya que es parte de la gran responsabilidad del profesional de enfermería que tiene contacto con el paciente las 24 horas del día y está a cargo de sus cuidados, y quien además tiene el papel fundamental en este proceso para esta investigación.

1.7. Bases teóricas

La teoría utilizada en este estudio es el Arte de la ayuda de la enfermería clínica de Ernestine Wiedenbach, la cual se aborda en primer término para enseguida describir el procedimiento de la terapia intravenosa y como evitar la flebitis, por último como conclusión se hace interrelación entre la variable independiente y la dependiente. Se retoma esta teoría porque es básica en esta tesis, ya que su modelo es fundamental para el desarrollo de la misma.

Ernestine Wiedenbach desarrolla su modelo teórico a partir de una gran experiencia práctica y educativa, el modelo fue desarrollado por inducción, y por el método de razonamiento de la lógica inductiva, producto de la observación de casos concretos y de su deseo de describir el ejercicio profesional de la enfermería.

Para Wiedenbach el objetivo de enfermería es “ Ayudar al ser humano a través de sus acciones”, esta es la meta principal a la que se encaminan sus esfuerzos y es por tanto constante.¹¹

El arte de la ayuda de la Enfermería Clínica de Ernestine Wiedenbach

De acuerdo al modelo de Wiedenbach la enfermería clínica, en “La filosofía de cada enfermera, en su actitud ante la vida y en la realidad que emana de sus creencias y de su código de conducta”, esto significa que reside su motivación para actuar y el principio que guía sus pensamientos sobre sus actos y decisiones.

La aplicación del modelo de Wiedenbach como se ha mencionado, exige que las enfermeras posean un conocimiento amplio de los estados normales y patológicos, una comprensión profunda de la psicología humana, competencia en las técnicas clínicas y capacidad para iniciar y mantener una comunicación terapéutica con el paciente y con las personas con el relacionadas y además, deben desarrollar criterios clínicos consistentes que les ayuden a tomar decisiones acertadas sobre los comportamientos que éstos demuestran. Tales técnicas exigen una formación general.

Wiedenbach, veía los estudios avanzados como: “Un medio para ampliar los límites personales del ejercicio de cada enfermera y para comprender, a mayor grado con respecto a los años precedentes”, es muy grande el potencial de creatividad e imaginación que podría aportarse a esta profesión dentro de su campo de responsabilidad en el ámbito de la atención sanitaria.

Hoy en día se ha llegado a una visión de los estudios avanzados de enfermería semejante a la que poseía Wiedenbach, dado que se dirigen a la formación de profesionales en donde han de demostrar su competencia, autodeterminación y preocupación por la investigación de las cuestiones prácticas y los problemas propios de la atención sanitaria en el campo específico de la enfermería.

1.7.1. Conocimiento

1.7.1.1. Definición de conocimiento

Según Morfin, el conocimiento, “es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori)”. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.¹²

Para el filósofo griego Platón “el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (*episteme*). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente”.

El conocimiento, tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

Para Muñoz, Seca y Riverola, “El Conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada”. El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.¹³

Como vemos existen múltiples definiciones de conocimiento, desde las clásicas y fundamentales como una creencia cierta y justificada, a otras más recientes y pragmáticas como una mezcla de

experiencia, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción.¹⁴

1.7.2. Características del Conocimiento

El conocimiento presenta tres características básicas:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”;
- Es útil ya que, puede repetirse sin que el conocimiento “se consume” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento; y
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

Estas características convierten al conocimiento, cuando en él se basa la oferta de una empresa en el mercado, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas,

su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente.¹⁵

1.7.3. Niveles de conocimiento

Se distinguen, tres niveles del conocimiento, el explícito que se localiza en un plano consciente, que es el conocimiento documentado, por ejemplo en procedimientos, manuales, instructivos, bibliografía etc. El conocimiento tácito que existe en la mente de las personas, que se encuentra en un plano inconsciente y que se pone de manifiesto en interacciones y conversaciones, es por esto que su captura es un proceso epistemológico y ontológico ya que la mayoría de las veces los poseedores no tienen conciencia de ser portadores de conocimientos tácitos. El conocimiento implícito es el que se encuentra en un plano preconsciente y que la persona dispara un proceso de pensamiento para exteriorizarlo.



a. Conocimiento tácito

La definición de conocimiento tácito no es universalmente aceptada. Uno de los aforismos famosos de Polanyi, es: "Conocemos más de lo que podemos decir".¹⁶

El conocimiento tácito consta comúnmente de hábitos y aspectos culturales que difícilmente reconocemos en nosotros mismos. En el campo de la gestión del conocimiento, se hace

referencia al conocimiento que únicamente la persona conoce y que es difícil explicar a otra persona.

Este es el tipo de conocimiento que permanece en un nivel "inconsciente", se encuentra desarticulado y lo implementamos y ejecutamos de una manera mecánica sin darnos cuenta de su contenido.

Las respuestas a estas preguntas están, la tiene la persona, lo que sucede es que nunca se ha puesto a pensar y analizarlas. Sencillamente lo hace de una manera mecánica, intuitiva sin buscar una explicación, el conocimiento permanece debajo de la superficie y usted no es consciente del mismo hasta que se pone a analizarlo conscientemente. Generalmente, se necesita ayuda externa para poder sacarlo a la superficie o hacerlo explícito. Según Nonaka y Takeuchi, "el conocimiento tácito puede ser dividido en dos dimensiones, una técnica y otra cognitiva. En seguida, se describen ambas dimensiones".¹⁷

- **Dimensión técnica.** Abarca el tipo de habilidades informales difícil de identificar, o destrezas capturadas en el término "know-how". Un artesano, por ejemplo, desarrolla una gran riqueza de destrezas o pericia "en sus manos" después de años de experiencia. Pero es, a menudo, incapaz de articular los principios científicos o técnicos detrás de lo que él conoce.¹⁷
- **Dimensión cognitiva.** Consiste de esquemas, modelos mentales, creencias y percepciones tan inculcados que los aceptamos. Esta dimensión cognitiva del conocimiento tácito refleja nuestra imagen de la realidad (qué es) y nuestra visión del futuro (qué debería ser), aunque ellos no pueden ser articulados fácilmente, estos modelos implícitos forman la manera en que percibimos el mundo que nos rodea.

b. Conocimiento implícito

A diferencia del conocimiento tácito, señala, “el conocimiento implícito es el que sabemos que lo tenemos, pero no nos damos cuenta que lo estamos utilizando, simplemente lo ejecutamos y ponemos en práctica de una manera habitual”. Nuevamente veamos algunas preguntas para ser más claros con este concepto:

¿Cuántos estados de la materia hay?

¿Cuánto centímetros tiene un metro?

Las respuestas a estas preguntas las posee la persona, las tiene y las puede explicar porque tienen una explicación y una justificación objetiva, lo que sucede es mientras las ejecuta no tiene conciencia de lo que está haciendo. Aplica el conocimiento implícito de una manera habitual, pero no de una forma mecánica, ya que usted tiene plena conciencia de porque hace las cosas de una manera.

c. Conocimiento explícito

El conocimiento explícito, según Ausubel, “es el que sabemos que tenemos y somos plenamente conscientes cuando lo ejecutamos, es el más fácil de compartir con los demás ya que se encuentra estructurado y muchas veces esquematizado para facilitar su difusión”. Por última vez vayamos a las preguntas que clarifiquen este concepto:

¿En qué dirección vive actualmente?

¿Quién participa junto a usted en el proyecto X?¹⁸

LLamolla, señala “la diferencia entre conocimiento explícito y conocimiento tácito es la clave para comprender las diferencias entre el enfoque de conocimiento occidental y el enfoque de conocimiento japonés.

Sin embargo, estos dos tipos de conocimiento deben ser entendidos como complementarios. Un ejemplo puede ayudar a comprender cómo se complementan el conocimiento explícito y el conocimiento tácito. El ejemplo es el siguiente: la semántica y las reglas sintácticas conforman el conjunto de conocimientos explícitos de un lenguaje.

Asimismo, Kliksberg, propone que “el conocimiento de la semántica, codificada en los diccionarios, y de la sintaxis, codificada en la gramática, son imprescindibles para comunicarse en un idioma ya que delimita lo que se puede decir y cómo decirlo”. Sin embargo, estos conocimientos explícitos no son suficientes para generar la capacidad para escribir correctamente una novela; para ello, además de la información disponible sobre la semántica y las reglas sintácticas, es necesario haber adquirido una serie de conocimientos tácitos a través de la experiencia.

1.7.1.4. Tipos de conocimiento

a. Conocimiento objetivo

El conocimiento objetivo es aquel que resulta de analizar las cosas como son, manteniéndonos a nosotros mismos fuera de la imagen. Es una manera clara de conocer y valorar, y genera el poder para rechazar, refutar, aceptar, adoptar, mantener cierta distancia e incluso modificar las cosas. El conocimiento viene con la obligación de formular preguntas y poner a prueba nuestra ignorancia. “Conocer” algo hace posible aplicar la razón, para observarlo y analizarlo.¹⁹

Las creencias son diferentes al conocimiento. Son un modo de explicar el universo dotándolo de capacidades, cualidades, sentimientos y

emociones. Las creencias dan un significado intrínseco a las cosas. Como ejemplo, para ciertos individuos el número 13 es considerado de mal agüero. En algunas culturas, el arco iris advierte sobre malos presagios, es la espada de Dios; en otras, indica dónde se oculta un tesoro, y es por tanto de buen agüero.

Las creencias requieren una aceptación y compromiso inmediatos; construyen raíces en lo más íntimo de nuestro ser. Las creencias religiosas son más comúnmente una búsqueda personal e íntima de la verdad. Las declaraciones y proposiciones que acompañan a las creencias requieren que éstas sean aceptadas tal como se presentan. El conocimiento religioso requiere la aceptación de hechos y declaraciones que no pueden ser demostrados.

b. Conocimiento común

En la práctica, “conocer” involucra formular preguntas, dudar y verificar hechos, objetos e ideas. Pero puede haber diferentes grados de cuestionamiento. En la vida diaria, los objetos con los que interactuamos proporcionan una experiencia inmediata y concreta de las cosas.¹⁹

Nuestros sentidos primarios, a través de los cuales vemos, tocamos, olemos, saboreamos y escuchamos en automático – sin pensar – nos dan un conjunto de respuestas directas, evidentes y familiares acerca de la realidad, que tienen su raíz en la tradición.

Hablamos entonces de conocimiento cotidiano también llamado conocimiento común, sensible, primario o inmediato. Las explicaciones que provee se basan en declaraciones amplias, en su mayoría procedentes de la tradición oral, que se reciben sin cuestionamiento alguno. A menudo son generalizaciones rápidas y crudas. Se basan en observaciones simples: decimos que el sol sale y se pone; vemos que el

cielo está muy “alto”. El conocimiento común no planea cambiar las cosas.

¿Cómo creamos nuestro conocimiento común? Construimos nuestro conocimiento común con encuentros al azar que ocurren a lo largo de la vida. Mucho de él pasa de una generación a la siguiente sin evolucionar.

El conocimiento común nace de nuestros encuentros diarios con el ambiente y del modo como nuestras culturas describen el universo. Es construido y transmitido por nuestras familias, parientes, amigos, vecinos, socios, tribu o comunidad. Es esta comunidad humana, nuestra comunidad más querida, la que comparte sus modos de vida, sus alegrías, preocupaciones, dolores, deseos para el futuro, percepción del presente, y lo que recuerda de su pasado y sus tradiciones. Y ese conocimiento común involucra superstición.

Considerando lo que aprendemos a través de los sentidos – en el contexto del conocimiento común - dotamos a la naturaleza de virtudes y emociones, intenciones y reacciones similares a las de los seres humanos.

Pese a las limitaciones del conocimiento común de nuestra tribu o comunidad, la vida sería imposible sin ese conocimiento. Estaríamos racionalizando sin parar, titubeando, y siempre decidiendo demasiado tarde.

El conocimiento común existe en toda cultura y civilización. Cada uno de nosotros empieza con el conocimiento común en nuestras vidas diarias e interacciones con nuestros conciudadanos. Los científicos mismos empiezan con conocimiento común, pero eventualmente van más allá.

Experimentar el conocimiento común Es extremadamente fácil ver o experimentar el conocimiento común. Simplemente declare algún conocimiento recién hallado sobre una cuestión muy común con un amigo,

como por ejemplo: “En algunas carreteras alemanas hay señales que reducen el límite de velocidad, y estudios demuestran que como resultado, la circulación de los vehículos es más fluida”.

La primera reacción de su interlocutor, en general, será rechazar su nueva información y defender lo que ya conoce como verdad: que si se reduce el límite de velocidad, la circulación de los vehículos será más lenta – un fragmento de conocimiento común.

c. Conocimiento sistemático

El conocimiento sistemático o secundario empieza con la decisión de liberarse a uno mismo de la dictadura inmediata de nuestros ojos, orejas, boca, nariz y sentido del tacto, y de cuestionar las impresiones “alto” y “siga” que éstos proporcionan cada día. Así, uno puede iniciar sus observaciones de modo más sistemático, por ejemplo, dando más atención a detalles ordinarios o imaginando nuevas dimensiones, profundizando los detalles de nuestro conocimiento, buscando características inusuales. En otras palabras, vamos más allá de las apariencias y las repeticiones.¹⁹

El conocimiento sistemático requiere ir más allá de las rutas más recorridas y fácilmente accesibles. No declara ser definitivo. Acepta ser cuestionado. Las respuestas se encuentran explorando. Con el conocimiento sistemático, las cosas y sus descripciones evolucionan.

El conocimiento exige pruebas. Genera discusiones. Plantea preguntas. No da nada por sentado. El conocimiento vuelve a poner sobre la mesa hoy lo que aceptó ayer. Siempre explora tanto en lo desconocido como en lo conocido. Es una búsqueda perpetua, sin tabúes ni áreas prohibidas.

El conocimiento sistemático es una construcción; está en construcción. En contraste con el conocimiento cotidiano, que recibimos a diario de lo que sucede a nuestro alrededor, el conocimiento sistemático construye instituciones. Requiere disciplina personal, incluso sacrificios. Se aprende paso a paso en instalaciones de aprendizaje y entrenamiento, y tiene como base la investigación. El aprendizaje debe seguir una pedagogía que garantizará un contenido que puede ser transferido con las actitudes necesarias de objetividad, paciencia, abnegación y modestia ante los hechos.

A veces, el idioma del conocimiento sistemático es una jerga con palabras clave, diferentes al idioma ordinario. A menudo entrega referencias, diplomas, logros, recompensas y... metodologías de evaluación. ¿Cómo reconocer el conocimiento sistemático?

El conocimiento sistemático busca crear, imaginar y descubrir lo que no sabemos. No descansa sobre la tradición y no puede tolerar la monotonía. Critica. Examina y cuestiona sus propias formas de buscar, tocar y sentir. Su instrumento principal es la razón y refuta la superficialidad. El conocimiento sistemático revisa constantemente los acercamientos en los que se basa para analizar y crear. Tiene su propio método. El conocimiento sistemático pertenece a intelectuales, artistas, artesanos, autores de “trabajos de la mente” y científicos.

1.7.1.5. El Conocimiento Científico

a. Definición

El conocimiento científico como forma de conocimiento racional se orienta a conocer en forma cada vez, más rigurosa y completa la realidad natural y social, busca descubrir leyes objetivas o regularidades que hacen posible la existencia de los objetos, fenómenos o procesos a fin de controlarlas, explicarlas o ponerlas al servicio del hombre.²⁰

El conocimiento científico aborda el estudio de la realidad de manera sistemática, ordenada, para lo cual utiliza un determinado método. Practica la duda metódica que lleva al examen exhaustivo y sistemático del objeto de estudio, a la aplicación de instrumentos y procedimientos controlados de búsqueda, comprobación y generalización de los conocimientos logrados. Ejercita la reflexión crítica buscando que el sentido común o la simple opinión sea reemplazada por juicios de carácter verdaderos y universales. De esta manera facilita la explicación y la comprensión de los hechos, fenómenos y procesos, proporcionándole al hombre y la sociedad verdaderos instrumentos para transformar sus condiciones de vida. Aquí radica la utilidad práctica del conocimiento científico.²¹

b. Elementos del conocimientos científico

Todo aquel que se inicia en el estudio de una determinada disciplina científica debe conocer, ante todo, los conceptos y categorías más importantes por medio de las cuales dicha disciplina explica aquella parte de la realidad objeto de su investigación.

El conocimiento científico está compuesto fundamentalmente por hechos, hipótesis, leyes y teorías. Estos elementos se diferencian entre sí y poseen contenido y funciones propios en el proceso de conocimiento.²⁰

- **Hechos**

El concepto central de la etapa empírica del conocimiento científico lo constituye el hecho científico. En efecto, el hecho es el dato objetivo y real que sirve de base y punto de partida al conocimiento científico, y se utiliza para elaborar, confirmar o refutar las teorías científicas.

Los hechos reúnen una serie de propiedades que les permite realizar determinadas funciones en el proceso de la investigación científica. Como datos objetivos y reales, independientes de la conciencia de los hombres, los hechos son conocimientos auténticos, susceptibles de ser comprobados por constatación, por ejemplo nadie puede dudar que el agua hierve a la temperatura de 100°C, en condiciones normales es un hecho auténtico que puede ser constatado empíricamente, y que no responde a ninguna suposición, deducción o cualquier operación del pensamiento.

Por último, es necesario destacar que el hecho existe y se encuentra a disposición del investigador antes de lograr su propia explicación, por lo que la realidad está llena de hechos que sólo han sido observados como parte del mundo material, carentes todavía de significación para la ciencia.²⁰

- **Hipótesis**

La hipótesis constituye una formulación científicamente fundamentada dirigida a explicar previamente una situación problemática, adelantando su posible solución. De ahí su importancia orientadora en toda la estrategia de la investigación científica.

Las hipótesis cumplen un papel rector o regulador en el proceso de obtención del conocimiento, ya que son respuestas anticipadas a los problemas del conocimiento que, una vez formuladas, guían al científico por el camino de su comprobación. En efecto, la tarea del

investigador, una vez que ha formulado una hipótesis, radica en evaluar la veracidad o falsedad de ésta por medio de los diferentes métodos de investigación de que dispone.

La principal función de las hipótesis en el conocimiento científico es la de ampliar y generalizar los conocimientos. Con ayuda de las hipótesis explicamos los hechos conocidos predecimos los desconocidos, ello posibilita generalizar las regularidades encontradas como resultado de las investigaciones de un número finito de fenómenos, a todo el conjunto de fenómenos posibles.²⁰

- **Leyes**

El descubrimiento y formulación de las leyes que revelan los nexos esenciales entre los objetos y fenómenos de la realidad, son precisamente, los objetivos fundamentales del conocimiento científico. A estos nexos relativamente permanentes se conocen como leyes objetivas.

Sabemos que el movimiento es una propiedad inherente a toda la materia y que todos los objetos de la realidad se encuentran en constante cambio. Sin embargo, allí donde estos cambios parecen casuales y caóticos, la ciencia descubre leyes y regularidades en las cuales se reflejan las relaciones más estables y generales de los objetos y fenómenos del mundo material.

En cambio hablamos de ley científica cuando una hipótesis ha sido bien comprobada y alcanza un grado de regularidad al cumplimentar determinadas exigencias. Sin embargo, es necesario aclarar que, así como no toda suposición adquiere carácter de hipótesis tampoco toda hipótesis se eleva al rango de ley.²⁰

- **Teoría**

Corresponde a la teoría desempeñar el papel de unificadora de los distintos elementos del conocimiento científico en un todo único. Por teoría se entiende la sistematización lógica y orgánica de hechos, hipótesis, generalizaciones y leyes mutuamente relacionadas que explican una determinada región de procesos y fenómenos de la realidad material. En sentido más general, la teoría es un conjunto de conocimientos lógicamente estructurados, vinculados deductivamente, que clasifica y sistematiza los fenómenos por ella estudiados.

Sin embargo, no todo conjunto de conocimientos puede considerarse una teoría. Toda teoría científica debe reunir una serie de requisitos para que pueda denominarse como tal.

- La teoría debe referirse a una rama precisa de fenómenos que tengan significación real para la ciencia.
- Debe reflejar verdaderamente las propiedades, relaciones y tendencias de desarrollo de los objetos y fenómenos que abarca.
- Sus leyes y principios axiomáticos deben guardar una relación de independencia recíproca, es decir, que enunciados esenciales no deben deducirse unos de otros.
- No deben existir contradicciones entre sus elementos componentes.

La teoría científica es conceptualizada como un conjunto de constructos, definiciones y proposiciones inter-relacionadas que presentan una visión sistemática de los fenómenos en base a la especificación de las relaciones entre las variables, con el fin de explicárselos y predecirlos. Naturalmente, habrá que tomar en cuenta las condiciones dentro de las cuales la explicación es plausible, entonces conduce a la predicción de aquellos fenómenos y eventualmente a su control.

Como se ve, aunque la meta de la ciencia es la formación de teorías, el esfuerzo científico como totalidad conduce de la explicación a la predicción y de la predicción al control del ambiente para producir mejores estándares de vida.

De ahí el primer lugar que ocupa la ciencia en el quehacer humano contemporáneo.²⁰

1.7.2. Actitud

1.7.2.1. Definiciones de actitud

A continuación aparecen algunas de las múltiples definiciones propuestas sobre las actitudes, que aunque aparentemente parecen distintas, en realidad se complementan entre sí.

Una variedad de términos aparentemente no relacionados como pulsión adquirida, creencias, reflejo condicionado, fijación, juicio, estereotipia, valencia, sólo para mencionar algunos, son sinónimos funcionales del concepto de actitud. Es evidente que esta definición es bastante ambigua.

Allport, escribió un artículo en el que daba numerosas definiciones de actitud, entre ellas se encontraban las siguientes:

1. La actitud denota un estado neuropsíquico de disponibilidad para la actividad física o mental.
2. Las actitudes son procesos mentales individuales que determinan tanto las respuestas actuales como los potenciales de cada persona en el mundo social. Como la actitud se dirige siempre hacia algún objeto, se puede definir como "un estado de la mente de un individuo respecto a un valor.
3. Actitud es una preparación o disponibilidad para la respuesta.
4. La actitud es un estado mental o neutral de disponibilidad organizado en

base a la experiencia y que ejerce influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetivos y situaciones con los que aquella se relaciona.

5. La actitud es un "grado de afecto" a favor o en contra de un objeto o valor.

Las diversas definiciones podrían agruparse en tres bloques principales, cada uno de los cuales destaca un aspecto diferente. El primer grupo de autores subraya el aspecto emocional; otros, la participación de los elementos cognitivos en relación con las actitudes, y otros, la influencia de éstas en la conducta.

Entre los autores que destacan el aspecto emocional de las actitudes están los siguientes:

Según Salazar, Montero, Muñoz, Sanches, Santoro y Villegas las actitudes son tendencias o predisposiciones para evaluar objetos de manera positiva o negativa.

Para Dawes, cuando los psicólogos hablan de actitudes se refieren en general a un afecto o disponibilidad para responder de cierta manera frente a un objeto o fenómeno social.

Triandis, en Whittaker, refiere que es una idea cargada de emoción, que permite una clase de acciones ante cierta clase de situaciones sociales.

Cook y Selltitz, las consideran como una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos a cerca del objeto y acciones de aproximación-evitación con respecto a él.

Thurstone, habla del concepto de actitud "para denotar la suma total de

inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado".

Katz, habla de los elementos cognoscitivos de las actitudes, proponiendo que son las predisposiciones del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable a algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo...

Incluyendo el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado, y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos. O como dice Ross representan las estructuras mentales que organizan y evalúan la información.

Un tercer grupo de autores destacan la importancia de las actitudes en la conducta:

La posición behaviorista de Doob considera a la actitud como "una respuesta implícita capaz de producir tensión considerada socialmente significativa en la sociedad del individuo".

Penner la define como un constructo hipotético (una entidad que no existe físicamente) y que se cree que precede y causa el comportamiento de la persona cuando ésta se encuentra ante un objeto particular o en una cierta situación.

McGuinnis piensa que una actitud es una clase de conductas sujetas al control de una variable social única. Es un rasgo común de las actitudes que incluyen reacciones emotivas, al igual que una ejecución pública.

Según Kerlinger, es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse de cierta forma ante un objeto cognitivo. Es una estructura estable de creencias que predispone al individuo a comportarse

selectivamente ante referencias actitudinales.

1.7.2.2. Características de la actitud

Eiser, subraya a las siguientes características como las más importantes implícitas en el término actitud.

1. Son experiencias subjetivas, es decir, cuando una persona habla sobre una actitud propia lo hace en términos de inferencia a partir de la auto observación y de la propia percepción de su comportamiento.
2. Son experiencias hacia un objeto o situación. Dicha característica no se refiere a que todas las experiencias serán clasificadas como actitud, o como simples reacciones afectivas ante una estimulación externa sino que se refiere a que algunas situaciones y objetos ya que son parte de la experiencia.
3. Las actitudes son experiencias hacia un objeto o situación con una dimensión evaluativa, es decir, la experiencia con el objeto o situación se mueve dentro de un continuo entre lo agradable y lo desagradable, lo deseable y lo indeseable, la manifestación favorable o desfavorable hacia un objeto o situación.
4. Incluyen juicios evaluativos. Es frecuente juzgar las actitudes particulares de alguien por lo que socialmente se tiende a condicionar respuestas y actitudes.
5. Pueden expresarse verbalmente. Esta característica es un elemento útil para su evaluación.
6. Las expresiones de las actitudes son en principio inteligibles es decir, si alguien las manifiesta o las expresa aunque de manera subjetiva, percibida por otro(s).
7. Son comunicadas: las actitudes por sí mismas son inteligibles como ya se dijo antes, pero además están "hechas" para ser percibidas y comprendidas por otros ya que el expresarlas es un acto social.
8. Diferentes individuos pueden discernir en sus actitudes, esto depende de dos características mencionadas: una es cuando ésta se expresa mediante lenguaje verbal, intrínsecamente existe la posibilidad de una negación y por

otro lado, la noción sobre la referencia social de la actitud.

9. El hecho de que distintas personas tengan actitudes diferentes hacia un mismo objeto-estímulo dependerá de la interpretación individual que tenga sobre el objeto.

10. Se pueden predecir actitudes relacionadas con el comportamiento social.

Como se puede observar, a pesar de las múltiples definiciones antes expuestas, hay aspectos en que todas parecen estar de acuerdo:

- 1) Es una predisposición a responder a un objeto.
- 2) Es persistente, aunque no inmutable.
- 3) Produce consistencia en las manifestaciones conductuales.
- 4) Tiene dirección e intensidad, lo cual proporciona una base para obtener índices cuantitativos de ella.

1.7.2.3. Componentes de las actitudes.

Ya se mencionaron ocasionalmente en las definiciones antes expuestas, a continuación se expondrán con mayor amplitud.

Quizá la concepción más popular de la actitud es la que formularon Katz y Stotland, en Summers. Es una definición que integra a la mayor parte de los conceptos presentados anteriormente, y que posee tres componentes:

- a) Cognoscitivo, es decir las creencias que se tienen acerca de un objeto.
- b) Emocional o afectivo, se refiere a las emociones o sentimientos ligados al objeto de la actitud; Lindzey y Aronson dicen que el componente afectivo tiene que ver con la sensación de agrado o desagrado del objeto de la actitud.
- c) Tendencia a la acción, que según Penner, considera en los sentimientos de una persona sobre cómo ella y los otros deberían actuar hacia el objeto de la actitud y/o su comportamiento real hacia dicho objeto.

1.7.2.4. Formación de las actitudes

En la literatura sobre actitudes no hay una uniformidad de criterios en cuanto a la existencia de un proceso exacto y único sobre la adquisición de éstas. Sin embargo, la mayoría de los autores le conceden un papel importante al aprendizaje y al proceso de socialización.

Desde el principio de su vida, el niño está sujeto a una serie de prácticas de socialización que, directa o indirectamente, moldean el modo en que verá el mundo. Whittaker piensa que el proceso de socialización va más allá de las influencias iniciales recibidas de padres y maestros, e incluyen toda la vida de una persona. Toda la experiencia social de un individuo modificará sus actitudes y viceversa, éstas modificarán sus percepciones sociales. Por lo tanto, según este autor, el mecanismo de formación de actitudes más general es "la situación social" por la que se atraviesa a lo largo de la vida.

A continuación se muestran los procesos de formación y adquisición de actitudes propuestas por diferentes autores:

- 1) Para Newcomb , "el crecimiento y desarrollo".
- 2) Whittaker y Baron y Byrne coinciden con Newcomb en que uno de los procesos fundamentales por el que se adquieren las actitudes es "el aprendizaje social". las "palabras y acciones de sus padres".
- 3) Para Baron y Byrne el aprendizaje social de las actitudes parece tomar dos formas principalmente:
 - a) La primera se ilustra por situaciones en las que los padres alaban a sus hijos por expresar puntos de vista similares a los de ellos mismos, pero los critican en cuanto expresan puntos de vista diferentes

- b) La segunda es el "moldeamiento o aprendizaje por observación". Según Bandura, aunque los seres humanos pueden aprender por medio de reforzamiento, una forma más eficaz de aprendizaje, es el "aprendizaje por medio de la observación"
- 4) Penner, coincide con Baron y Byrne en que las actitudes se adquieren por observación o por condicionamiento clásico, condicionamiento operante
- 5) Whittaker, cree que la experiencia directa que el individuo tiene con el objeto de la actitud es uno de los factores más poderosos en la reacción de actitudes. Lo que ocurre durante el primer contacto con un objeto.

Baron y Byrne, apuntan que las actitudes que se forman a base de la experiencia directa

Lindsey y Aronson, el vivir algunas experiencias importantes únicas también pueden determinar las actitudes.

- 6) Según Whittaker, otro factor que es necesario tener en cuenta en la creación y modificación de actitudes es el efecto de la comunicación
- Para concluir, es importante recordar que aunque las actitudes son relativamente permanentes, no son inmutables. Según Whittaker y Penner están en desarrollo y cambio continuo. Este punto de vista es acertado ya que a lo largo de la vida se aprenden continuamente nuevas ideas y conductas.

1.7.3. Prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico

1.7.3.1. Venopunción

El Diccionario de Medicina Mosby se refiere a la venopunción como “la técnica que consiste en puncionar transcutáneamente una vena con una aguja de acero unida a una jeringa o un catéter, o con un estilete rígido y agudo, o con un catéter de plástico flexible en su interior”; esta definición engloba de forma amplia y precisa el concepto de venopunción, pero para enfermería es importante el término periférica, éste se refiere a la vena que se encuentran localizada en la periferia del organismo, con excepción de las venas centrales como la aorta, la cava, entre otras que solo son puncionadas por los médicos por la gran problemática que representa el cometer un error en una vena de esta magnitud.²²

Por lo general, los profesionales de enfermería tienen preferencia por las venas de las extremidades. Las venas de las extremidades superiores están relativamente exentas de riesgos y son de fácil acceso, de modo que se utilizan con mayor frecuencia. Las de las extremidades inferiores se usan pocas veces, tal vez por el alto riesgo de trombo embolia.

1.7.3.2. Utilidad para la venopunción

Para el Diccionario de Medicina Mosby.²² Este procedimiento se realiza por varios motivos entre los que se encuentran: “extraer una muestra de sangre, realizar una flebotomía, administrar una medicación o una infusión intravenosa o inyectar una sustancia radio opaca para explorar radiológicamente una parte o sistema del organismo”. Entre otro de los usos por los que se realiza este procedimiento, según el Manual de Cuidados Intensivo, se pueden

mencionar: “pauta de sueroterapia y para insertar catéteres de control diagnóstico y terapéuticos”.

La venopunción periférica puede ser utilizada en muchos casos también para la administración de hemoderivados, para la preparación previa a una cirugía, para la administración de químicos vesicantes como la quimioterapia y para otras situaciones que la requieran. La utilización de CVP está recomendada en tratamientos cortos y poco agresivos. El juicio de la enfermera/o será imprescindible, valorando al enfermo en cuanto a los patrones de seguridad, actividad, estado emocional, necesidad de hidratación alimentación. Los profesionales de enfermería deben poseer una base científica que sustente sus acciones para realizar cualquier procedimiento dirigido al cuidado del enfermo.

Por todo esto, es importante que el profesional de enfermería tenga conocimientos del uso que se le dará a la venopunción periférica porque de ello va a depender la elección del sitio de inserción, el calibre del catéter a elegir y si es posible la calidad del mismo. Al respecto, Pescador, A. Tórtola, C. Soriano, LI, Lazaro, C. Pérez, M. y Pita.²³ señalan que para elegir el catéter, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Preferiblemente en extremidades superiores, evitando zonas de flexión. No canalizar venas varicosas, trombosadas, ni utilizadas previamente.
- Evitar repetir intentos de punción en la misma zona por la formación de hematomas.
- Tener en cuenta la actividad del paciente: movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia, eligiendo la zona menos afectada.
- Tener en cuenta el tipo de solución a administrar; quimioterapia, concentrados de hematíes, entre otros, necesitan venas fuertes.
- Tener en cuenta la probable duración del tratamiento intravenoso:

tratamientos largos requieren venas fuertes, rotación de los puntos de inserción desde las zonas distales a las proximales.

- En caso de presencia de flebitis la elección se hará: en primer lugar en el miembro sin flebitis, en segundo lugar en una zona más próxima a la línea media del cuerpo que la flebitis.
- Si se prevén procedimientos (ej. Quirúrgicos) utilizaremos el brazo contrario a la zona de la que va a ser intervenido.
- No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar (ej. Las mastectomías).
- Tener en cuenta en procesos previos: arterio-venosa, por quemaduras, por la implantación de marcapasos, etc., emplear la extremidad contraria no afectada por A.C.V., por una fístula.
- Elección del miembro menos utilizado según sea el paciente diestro o zurdo.
- Niveles altos de flujo requieren venas de amplio calibre.
- Al perfundir soluciones irritantes (hipertónica, bicarbonatos, antiarrítmicos o hemoderivados se requiere un adecuado flujo sanguíneo que posibilite una rápida hemodilución para evitar la irritación del endotelio venoso, por lo que el catéter no puede ocupar totalmente la luz de la vena y el paso de un flujo suficiente de sangre.
- Debe optarse siempre por el catéter mas corto y de menor calibre, que oferte las prestaciones requeridas.

1.7.3.3. La terapia intravenosa

Actualmente la terapia intravenosa es uno de los procedimientos más comunes para administrar a los pacientes fluidos, fármacos, productos sanguíneos y soporte nutricional sobre todo en el medio hospitalario. Las complicaciones potenciales derivadas de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso son múltiples representando la flebitis aguda pos punción el principal riesgo de una terapia intravenosa con catéteres periféricos a corto plazo. Se entiende por tal “ el estado de corta evolución, caracterizado por la infiltración

de las tunicas del vaso y la formación de un trombo de sangre coagulada o de un depósito puriforme en la luz de éste. Los síntomas locales son dolor, edema y formación de una cuerda dura roja en el sitio de la vena”.²⁴

La aparición de flebitis conlleva una serie de alteraciones para el paciente que identificaremos como diagnósticos de enfermería (reales o potenciales), que a menudo son la causa de un aumento de la estancia y del gasto hospitalario por paciente. Su promedio de alargamiento oscila entre los 5 y 10 días, aumentando no sólo el coste económico sino también el riesgo terapéutico.²⁵

Algunos estudios han demostrado que un adiestramiento correcto del personal de enfermería, en cuanto a técnicas asépticas de inserción, vigilancia de las vías y sobre todo unificación de criterios profesionales en el manejo de estas resulta muy positivo para prevenir y tratar los problemas derivados de la flebitis. Teniendo en cuenta estos razonamientos y los factores mencionados anteriormente nuestro objetivo es elaborar un plan de cuidados para prevenir la infección por catéter venoso periférico.²⁶

Nos apoyaremos en el modelo de práctica bifocal de L. Carpenito que identifica dos dimensiones en las que se desarrolla la práctica asistencial de enfermería:

- Los diagnósticos de enfermería
- Los problemas interdisciplinarios o clínicos.

Los primeros pertenecen a la dimensión independiente de la enfermería y los segundos a la dimensión interdependiente.⁶ De manera que siguiendo a esta autora, el rol que la enfermera desempeña en la prevención, detección de la flebitis y aplicación del tratamiento (una vez que esta ha aparecido) es un claro ejemplo de

como la practica asistencial de enfermería se desarrolla en estas dos dimensiones de independencia e interdependencia.

En la bibliografía consultada encontramos que la práctica enfermera para la prevención de este problema se encuentra protocolizada en cuanto a técnicas a seguir, pero no hemos encontrado documentación en la que se complemente la técnica con la filosofía enfermera, en definitiva desde la aplicación del proceso de enfermería,

1.7.3.4. Valoración de los factores que contribuyen a la aparición de la flebitis.

Son muchos los factores que contribuyen a la aparición de la flebitis, por tanto nos vamos a centrar con aquellos cuya competencia, control y prevención se encuentra en manos de la enfermería.

Aspectos a valorar:

- A. Signos de flebitis.** Cursa con un cuadro clínico variado, en el que los signos y síntomas, pueden o no aparecer. Para su identificación es necesaria una correcta y continuada valoración de los mismos. A parte de la información que vayamos recibiendo del paciente, será necesario tener en cuenta otros signos, siendo muy útil la valoración rutinaria, el uso de una escala estandarizada.³⁸

Grado	Característica
Grado 0	Sin síntomas
Grado 1	Eritema en el sitio de inserción con o sin dolor
Grado 2	Dolor en el sitio de inserción con eritema y/o edema
Grado 3	Dolor en el sitio de inserción con eritema y/o edema y cordón venoso palpable
Grado 4	Dolor y acceso en el sitio de venopunción con eritema y/o edema , cordón venoso palpable mayor de 1 cm de longitud y drenaje purulento

ESCALA DE FLEBITIS

Phlebitis Scale (from the Infusion Nursing Standards of Practice 2011 S47)

B. Elección del catéter

Al instaurar un cuerpo extraño, en una vena, existe el riesgo potencial de que se produzca una reacción inflamatoria, por la lesión producida en el endotelio, por esta razón, es de gran importancia el determinar si es realmente necesaria la implantación de un catéter. Así mismo, se analizará diariamente la necesidad de mantener canalizada la vía, puesto que el riesgo aumenta progresivamente, a partir del cuarto día de cateterización.²⁸

- Tipo de catéter. Los catéteres que son utilizados con mayor frecuencia son los compuestos por politetrafluorétileno (teflón) y los de poliuretano (vialón) . El estudio de R.J. Sherertz y cols. Describió la influencia de los catéteres impregnados de clorhexidina en la aparición de la flebitis, concluyendo en que este procedimiento reducía su riesgo en un 23% .²⁹
- **Calibre.** Una elección correcta del calibre del catéter, nos permite reducir las posibles complicaciones, entre ellas, la flebitis. El calibre estándar utilizado es el de 18 G y 20 G. Para su elección se deberán tener en cuenta factores como: El acceso a la vena, que deberá ser seleccionando un catéter con el menor calibre posible, para la mayor vena disponible, ya que de este modo, se va a permitir en el interior de la luz de la vena, un mayor flujo sanguíneo alrededor del catéter. En este sentido los estudios de .Córcoles y Cols.³⁰ llegan a conclusiones análogas a no obtener relación entre el número de cánula y la mayor incidencia de flebitis. Las necesidades según la patología del paciente y para qué tratamiento van a ser utilizado.

C. Elección del lugar de inserción:

La enfermera deberá tener en cuenta una serie de factores que le ayuden a determinar una correcta elección del punto de inserción, para ello tendrá en cuenta:

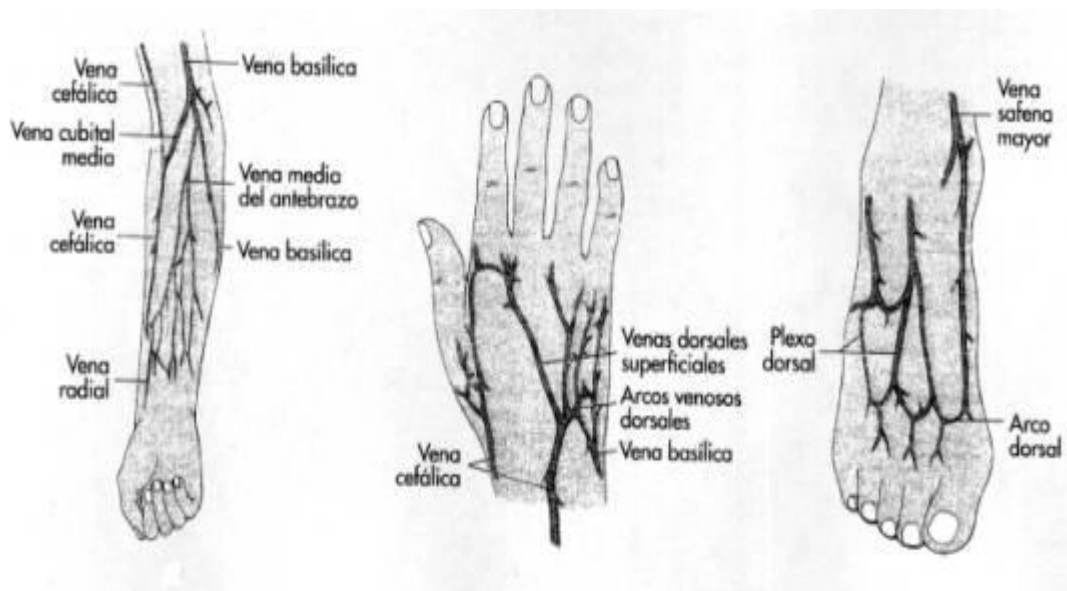
- La actividad del paciente: movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia.
- El tipo de solución a administrar: quimioterapia, concentrados de hematíes.
- La probable duración del tratamiento intravenoso.

En este sentido, se elegirán las venas más adecuadas.

Se elegirán preferentemente canalizaciones en extremidades superiores, evitando zonas de flexión, evitando venas varicosas, trombosadas o utilizadas previamente. Además se evitará repetir intentos de punción en la misma zona por la formación de hematomas.

Si se prevén procedimientos, o el paciente es portador de alguna patología en un miembro concreto, utilizaremos el brazo contrario.

Como medida de confort, es importante tener presente el miembro



menos utilizado según sea el paciente diestro o zurdo.

D. Vulnerabilidad del individuo a contraer la infección.

La respuesta a la infección en cada paciente está condicionada por factores situacionales, fisiológicos, psicológicos, farmacológicos, que entre otros, se detallan a continuación ⁷:

*** Edad.**

- En lactantes el sistema inmunológico es todavía inmaduro.
- Los adultos jóvenes y de mediana edad poseen mejores sistemas inmunológicos y defensivos.
- En los ancianos las respuestas inmunológicas se debilitan, y la estructura y función de los principales órganos sufren cambios.

* **Estado Nutricional.**

- La reducción de proteínas, hidratos de carbono y grasas debidas a enfermedad, dieta deficiente o debilitación, aumenta la susceptibilidad del paciente a la infección y altera la cicatrización de heridas.

* **Estrés.**

- Un estrés intenso, ante cualquier circunstancia, eleva los niveles de cortisona, causando una disminución de la resistencia a la infección.

- Un estrés continuo agota las reservas de energía.

* **Enfermedades Concurrentes.**

- Las enfermedades del sistema inmunológico, tales como el SIDA o los linfomas, debilitan las defensas frente a la infección.

- Algunas enfermedades crónicas como la diabetes producen debilidad general y deterioro nutricional.

- Las enfermedades que en general, alteran las defensas del organismo, aumentan el riesgo de infección.

* **Herencia.**

- Algunos trastornos hereditarios deterioran la respuesta a la infección.

* **Tratamientos médicos.**

- Algunos fármacos y tratamientos alteran la respuesta inmunológica frente a la infección.

1.7.3.5. Diagnóstico enfermero

Una vez valorados todos los factores concurrentes del paciente portador de catéter venoso periférico, la enfermera deberá siempre tener presente, a parte de otros problemas, derivados del mismo, el riesgo potencial de infección, que es en el que nos centraremos.

Diagnóstico de enfermería: "**Riesgo de infección en relación con inserción de catéter venoso periférico**", sobre el que versarán los objetivos, y planes de cuidados, propuestos. La flebitis es un cuadro clínico, y

como tal, es entendido dentro de la dimensión el trabajo enfermero, como un problema interdependiente.

A. Objetivos y actividades

Al planificar objetivos y actividades para los problemas clínicos, como es el caso que nos ocupa, debe tenerse en cuenta que el papel de la enfermería es doble: por una parte debe llevar a cabo actividades que ha prescrito otro profesional, generalmente el médico y, por otra, debe adoptar elementos cognoscitivos y aplicar su juicio clínico a la hora de ejecutar esas actividades y de controlar la evolución del paciente.³¹

Los objetivos de los que podemos hacernos responsables, se centrarán en actividades de enfermería y se referirán siempre a la instauración de las medidas encaminadas a:

1. La prevención de las complicaciones.
2. La detección precoz de signos y síntomas indicadores de su existencia.

En lo que respecta a la determinación de actividades para los problemas clínicos éstas se basarán principalmente en:

1. La programación de medidas de control y vigilancia del estado del paciente.
2. La aplicación de tratamientos prescritos por el médico.
3. La planificación de aquellos cuidados que se deriven de la ejecución de tales órdenes.

Para el diagnóstico formulado, se plantean dos objetivos, sobre los que se elabora el plan de cuidados o actividades:

OBJETIVO 1: El paciente mantendrá el punto de punción sin manifestaciones de flebitis durante el periodo de canalización de la vía.

Como se apuntó anteriormente, las complicaciones infecciosas de la inserción de una vía endovenosa periférica, se perfilan en el cuadro clínico de

la flebitis. De ahí que las medidas de prevención deberán ir encaminadas a retrasar la aparición de ésta, así como a detectar de forma precoz, los problemas relacionados con ella.

Las actividades propias de la enfermera en el abordaje de este objetivo, van a ser:

- Mantener y promover las medidas de asepsia personales:

Antes de canalizar una vía venosa periférica, se realizará lavado de manos higiénico, con agua y jabón, así como antes de realizar cualquier técnica en la que manipulemos el catéter, el sistema de infusión o las perfusiones.

Para la canalización, se utilizarán guantes no necesariamente estériles. La utilización de guantes es una medida de protección universal para evitar el contacto con sangre y / o fluidos corporales.

El lavado de manos del personal, aunque se utilicen guantes, sigue siendo la principal medida de asepsia para evitar las infecciones nosocomiales.

- Limpieza y desinfección del punto de inserción de la vía:

Antes de insertar un catéter venoso periférico, la zona de punción debe estar limpia, que se realizará tras cortar el vello sobrante, sin rasurar.

Se lavará la piel con agua y jabón en una zona suficientemente limpia y se secará después, procediendo a continuación a la desinfección con antiséptico.

Desinfectar con gasa estéril impregnada con povidona yodada o alcohol al 70%, realizando círculos hacia el exterior desde el punto de la piel sobre el que se va a hacer la punción (debemos dejar secar dos minutos y comprobar que no queden restos de sangre, si se utiliza povidona yodada ya que en su presencia pierde su poder desinfectante).

Una vez desinfectada la piel no se deberá palpar el punto de inserción.

- Cuidados y mantenimiento del catéter:

Una vez insertado el catéter, se deberán valorar y promover una serie de actividades encaminadas a favorecer un correcto mantenimiento de la vía, para ello se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

Sistemas de fijación del catéter. El catéter debe quedar lo más fijo posible para evitar salidas y entradas a través del punto de inserción. Se fijará con una tira de esparadrapo de 8 a 10 mm.de ancho por 8 cm. de largo aproximadamente, adhiriendo al cono del catéter por su parte externa y luego a la piel dejando libre el punto de inserción (en forma de lazo).

Cuando se administra fluidoterapia permanente, el catéter se fijará igual que el de uso intermitente y además, se fijará la alargadera formando un bucle con una o dos tiras de esparadrapo.

Apósito. El esparadrapo o parte adhesiva de apósito no caerá nunca sobre el punto de inserción, ya que favorece la humedad, y la fijación y proliferación de gérmenes.

Se palpará el punto de inserción a través de la cura intacta cada 24 horas y en caso de dolor o fiebre no filiada se levantará la cura. Se cambiarán los apósitos de los catéteres venosos periféricos cada 2 horas. También se cambiará el apósito cuando esté sucio, húmedo o despegado.

Valoración y manejo del punto de inserción. Hay que revisarlo diariamente, prestando atención a la presencia de signos de flebitis. Siempre que se cambie el apósito se desinfectará el punto de inserción con povidona yodada o alcohol al 70%. La manipulación del punto de inserción, se hará previo lavado de manos y con guantes no estériles.

Manejo de los equipos de infusión. Las actividades y cuidados van a variar, dependiendo de si la infusión es de carácter continuo o intermitente, de ahí que se diferencie:

**Equipos de infusión continuos.*

- Se limitará en lo posible el número de llaves de tres pasos.
- Tanto los sistemas de infusión como las llaves se cambiarán cada 72 horas y/o siempre que estén sucios. Se pondrán equipos nuevos cada vez que se canalice una vía nueva.
- Todos los sistemas que estén conectados se cambiarán al tiempo, no poniendo en contacto nunca un sistema nuevo con uno usado anteriormente.
- El paso por el que se administra la medicación intermitente permanecerá tapado siempre por un tapón o por el sistema de goteo de la medicación.
- Si se administra medicación en bolo el tapón de la llave se dejará en un envoltorio estéril para colocarlo de nuevo en su sitio después de la administración de medicamentos.
- Si se administra medicación de goteo, cuando lo desconectemos de la llave de tres pasos, utilizaremos un tapón nuevo para proteger el paso.
- Todo el sistema; alargadera, llaves, tapones y sistema de goteo, deben estar siempre limpios de sangre y con todos los pasos tapados, nunca se pincha en ellos.

** Sistemas de infusión intermitente.*

- Se conectará el conector antirreflujo purgado con solución de heparina sódica y una vez conectado, no debe ser desconectado del catéter al no ser absolutamente necesario o por cambio rutinario.
- Se cambiara el conector una vez por semana si la vía se mantiene más tiempo.
- Una vez puesto, se mantendrá siempre tapado con un tapón macho igual que en el caso de la llave de tres pasos.
- Cuando se va a administrar una medicación as través de un conector:
 - Se retirará el tapón del conector (nunca se aflojará el conector del catéter).
 - Se aplicará el cono de la jeringa o del sistema al conector y se procederá a inyectar o perfundir según proceda (el cono debe ir protegido

hasta el momento de la conexión, bien por el protector del sistema, bien por la aguja de preparación de medicación).

Se tapará el conector con un tapón y permanecerá siempre tapado. Si se administra medicación en bolo se evitará que el tapón del conector entre en contacto con otras superficies, si se administra con un sistema de goteo, cuando lo conectemos utilizaremos un tapón nuevo para proteger el conector.

Educación para la salud

El paciente deberá estar puesto al corriente en lo que se refiere a los procedimientos y tratamientos que va a recibir, es por ello, que se hace necesario instruir en el manejo y cuidados de la vía endovenosa, en el caso concreto de que haya sido indicada. Los puntos en los que deberemos hacer especial hincapié, serán:

- Información del uso del que se quiere hacer de la vía endovenosa, y el porqué de su indicación.
- Asesorar en los aspectos higiénicos y cuidados que debe tener el paciente portador de la vía:

No mojar la vía a la hora de asearse, y en el caso de que se moje, avisar al personal de enfermería para que cambie los apósitos y fijaciones.

Evitar la flexión de las extremidades, en el caso en que la vía haya sido insertada en alguna de ellas.

Evitar movimientos bruscos que favorezcan la retirada accidental de la vía.

Inmovilización, en la medida de lo posible, del miembro en el que se permanece insertada la vía.

- Informar al paciente de los diferentes signos y síntomas, sugestivos de flebitis, y aviso inmediato al personal de enfermería.
- Cuando se proceda a su retirada, se le indicará que debe comprimirse durante cinco minutos, vigilando que no exista sangrado del punto de inserción durante la compresión.

OBJETIVO 2: Identificar de forma precoz las manifestaciones de flebitis en el periodo de canalización de la vía.

Los problemas potenciales derivados de la flebitis deben ser identificados como problemas de enfermería, con el fin de establecer planes de cuidados individualizados. Así quedan definidas cuatro entidades diagnósticas, que van a ser las relacionadas con el cuadro clínico de flebitis. Se ha planteado el diagnóstico de enfermería oportuno, los objetivos y el plan de cuidados, para cada uno de ellos, en el caso de que se manifestaran.

Dolor, calor y rubor

-Valoración:

Observar al paciente para identificar manifestaciones de dolor a nivel local, así como los datos objetivos, como puede ser una posición precavida, espasmo muscular y signos de inflamación, entre otros.

Atender a las referencias que realice el paciente respecto al aumento de la temperatura en el punto de inserción del catéter.

Valorar a través de la palpación diferencias de temperatura en relación con el otro miembro.

-Diagnóstico de Enfermería:

"Deterioro del bienestar en relación con dolor, rubor y calor en el punto de punción manifestado por quejas verbales y miedo manifiesto a mover el miembro".

-Objetivos:

El paciente indicará que la sensación dolorosa ha disminuido o desaparecido y movilizará el miembro sin dolor, tras las intervenciones enfermeras.

-Actividades:

Aplicación de frío a nivel local de manera indirecta.

Reducir o eliminar los factores que incrementan la experiencia dolorosa, como el temor, la falta de conocimientos y la fatiga, entre otros.

Colaborar con el individuo para determinar qué métodos podrían utilizarse para reducir la intensidad del dolor.

Administración de medicación analgésica prescrita.

Reducir o eliminar los efectos secundarios de los analgésicos.

c. Aumento de la temperatura sistémica

- Valoración:

Detectar signos que refiera el paciente como son escalofríos, sudoración, dolor de cabeza, entre otros.

Se identificarán signos y síntomas de fiebre o febrícula.

Toma de temperatura corporal con termómetro de mercurio y otros signos vitales indicativos de alteración de la temperatura corporal (tensión arterial, pulso y frecuencia respiratoria).

- Diagnóstico de enfermería:

“Desequilibrio de la temperatura corporal en relación con la flebitis manifestado por febrícula y escalofríos, malestar general y dolor de cabeza”.

-Objetivos:

Mantener al paciente en situación de normo termia.

-Actividades:

Recoger muestras sanguíneas para cultivo y descartar otras infecciones concurrentes.

Aplicación de medios físicos.

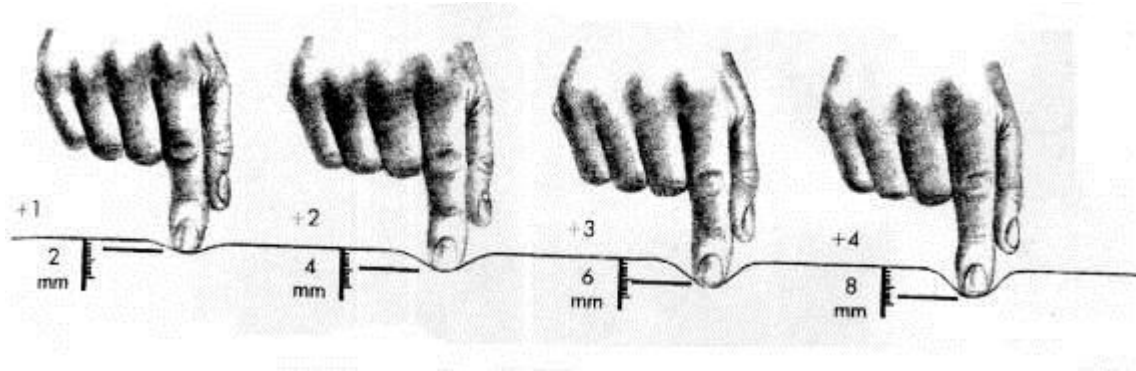
Administración de antitérmicos prescritos.

Mantener un entorno aireado y silencioso

d. Edema cutáneo

- Valoración:

Identificar los datos objetivos de edema local mediante escala estandarizada, para determinar su grado.



Identificar signos de enrojecimiento en el lugar de punción.

Valorar el estado de hidratación de la piel.

- Diagnóstico de enfermería:

”Deterioro de la integridad cutánea en relación con edema manifestado fovea, deshidratación y tirantez local”.

-Objetivos:

La zona afectada dará muestras de reducción o desaparición del edema tras la intervención de la enfermería.

-Actividades:

Aplicación de medios físicos (frío y vendaje compresivo).

Elevación del miembro afectado con movilización de zonas distales.

Aplicación de pomadas antiinflamatorias.

Mantener hidratada la piel mediante la aplicación de cremas o aceites en la zona

e. Registro y evaluación

El registro se llevará a cabo mediante un sistema de codificación, que facilita y simplifica las acciones tomadas en el mantenimiento de la vía. Se irá apuntando en un recuadro preparado especialmente para las vías endovenosas de la hoja de registro de enfermería estandarizada. Se anotarán los cambios de sistemas, de apósitos, de vías y tipo de administración continua o intermitente, utilizando los siguientes signos:

Vías de uso intermitente	I
Vía con fluidoterapia	F
Mantenimiento de vía	>
Retirada de vía	// o X
Revisión del punto de inserción	R
Cambio de vía	V
Cambio de apósito	A
Cambio de sistema	S
Canalización en urgencias u otros servicios	U

El resto de intervenciones, evaluación y seguimiento, que no pueda ser codificado por la nomenclatura utilizada, deberá ser reflejado en la hoja del diario de enfermería, así como las incidencias excepcionales que puedan surgir.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en los ambientes del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño.

2.2. Población

La población estuvo constituida por todas las Licenciadas en enfermería que laboran en el servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño, que en la actualidad son un total de 26 licenciadas.

Características de la población:

Criterios de Inclusión

Licenciadas en enfermería que durante el tiempo de aplicación del instrumento se encuentren laborando en el servicio de Medicina A sin distinción laboral.

Criterio de Exclusión

Las Licenciadas en enfermería que durante el tiempo de aplicación del instrumento se encuentren de vacaciones, licencias o descansos médicos.

Ubicación de la población en espacio y tiempo:**Ubicación en el espacio:**

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño

Ubicación en el tiempo:

La duración del estudio se desarrolló entre los meses de Octubre a Diciembre del 2013

2.3. Muestra

No se aplicaron técnicas de muestreo, ya que se estudió al total de las Licenciadas en enfermería que cumplieron con el criterio de inclusión, por lo tanto el universo se correspondió con la muestra. Por lo tanto el instrumento se aplicó a las 26 licenciadas.

2.4. Tipo y Diseño de la investigación

Según el análisis y alcance de los resultados de la investigación, el estudio fue de tipo descriptivo observacional, porque se hace una descripción minuciosa sobre los conocimientos y actitudes en la prevención de flebitis en pacientes menores de 5 años del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. El estudio es de corte transversal ya que la información obtenida se da en un determinado periodo de tiempo y el tiempo no influye en la modificación de los componentes de la variable.

Diseño de Investigación

El diseño a utilizarse para la investigación descriptivo observacional, será el siguiente esquema que se presenta a continuación:

M----->O

M = Muestra

O = Observación

2.5. Metodología Utilizada

Para el presente estudio se utilizará el método Inductivo-Deductivo, el mismo que nos permite observar y registrar los hechos a través de los instrumentos de recolección de datos, luego se clasifican los hechos o datos obtenidos con el estadígrafo (SPSS V. 21) para que sean interpretados y comparados y finalmente obtenemos las conclusiones a las que se han llegado en el estudio.

Con el Método Deductivo obtendremos inferencias a partir de los datos hallados con el método anterior, lo que nos permitirá obtener mejores resultados y aproximarnos hacia el cumplimiento de los objetivos planteados.

2.6. Técnicas e instrumentos utilizados.

Se realizó una revisión bibliográfica acerca del tema que es interés de estudio para poder determinar los factores propios de cada variable y analizar la relación existente.

En relación al procesamiento de recolección de datos, se realizó en coordinación con la Enfermera Jefe del Servicio para la autorización

respectiva en la aplicación del Instrumento al Personal de Enfermería que labora en el Servicio de Medicina A.

Se les solicitó autorización a través del Consentimiento Informado y se procedió a aplicar una Encuesta y un Test para la medición de Conocimientos y Actitudes respectivamente.

Consentimiento Informado

El personal de enfermería seleccionado en la muestra en estudio fue informado por escrito de los objetivos del proyecto de investigación, una vez leído el documento firmaron el consentimiento informado y finalmente se les entregara una copia.

2.7. Procedimiento

Se consideraron las siguientes fases:

1. **Revisión de los Datos**, se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos utilizados (control de calidad), a fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
2. **Codificación de los Datos**, se transformaron los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en el instrumento, según el dominio de la variable.
3. **Clasificación de los Datos**, se realizó en base a la codificación, escala de medición e indicadores-valoración de cada variable identificada en el estudio.
4. **Recuento de Datos**, de acuerdo al método se utilizó, para conseguir el plan de tabulación, se hizo uso de la computadora personal, también de las matrices de tabulación o cuadros estadísticos de doble entrada.

5. **Informe de los Datos**, sobre la base del plan de tabulación, se presentaron los datos en cuadros de doble entrada y gráficos necesarios.

Análisis e Interpretación de Datos

Una vez obtenidos los datos se procedió a la introducción y procesamiento de los mismos en el paquete estadístico SPSS versión 21, donde se realizó el análisis estadístico descriptivo.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados obtenidos organizados por secciones, la primera se refiere a los datos sociodemográficos posteriormente se caracterizó cada uno de los aspectos que comprende el conocimiento y las actitudes, que la enfermera utiliza en el manejo y cuidado del catéter en el paciente menor de 5 años. Posteriormente se presentaron los resultados de la Instrumentos utilizados de acuerdo a los indicadores.

Una vez que se recabó la información se realizó el análisis estadístico, se llevó a cabo mediante estadística descriptiva, para las variables continuas en términos de media \pm desviación estándar, y para las variables discretas en frecuencias y porcentajes. Para la parte inferencial se utilizó el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado para investigar la asociación de las variables, también se efectuó el procedimiento de correlación de Pearson para explicar la distribución de las variables como varianza compartida. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS Ver. 21 Se efectuó análisis de fiabilidad, obteniendo

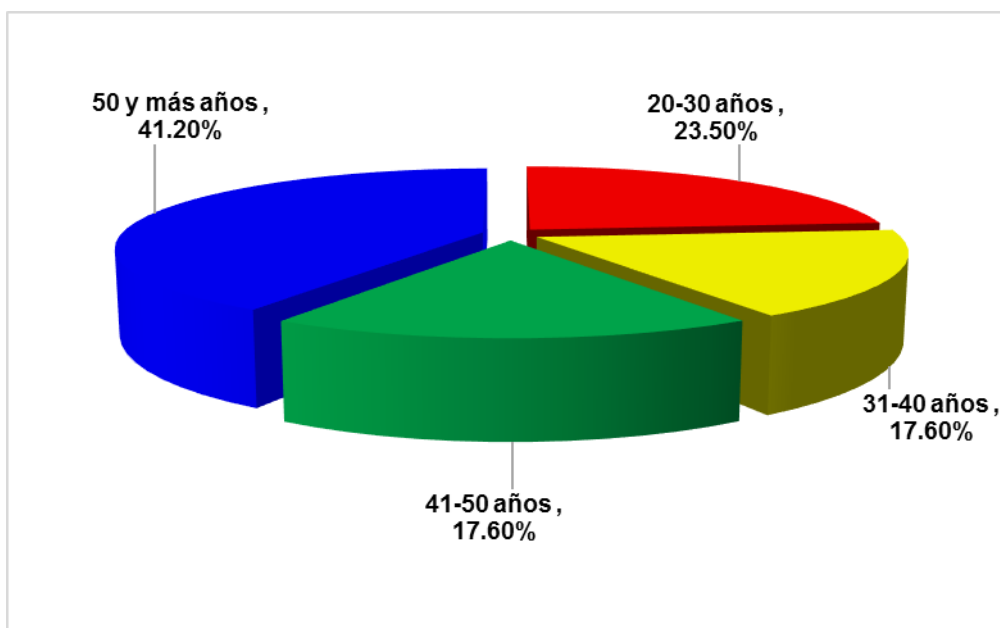
un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.819, lo que demostró que la prueba estadística es confiable.

Finalmente las cifras estadísticamente significativas fueron aquellas para las cuales asocio aun $P_valor < 0.05$.

3.1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES CON CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (Anexo 1)

Tabla N° 1
Edad del personal de Enfermería entrevistado

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-30 años	6	23.50%
31-40 años	5	17.60%
41-50 años	5	17.60%
50 y más años	10	41.20%
Total	26	100.00%



Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

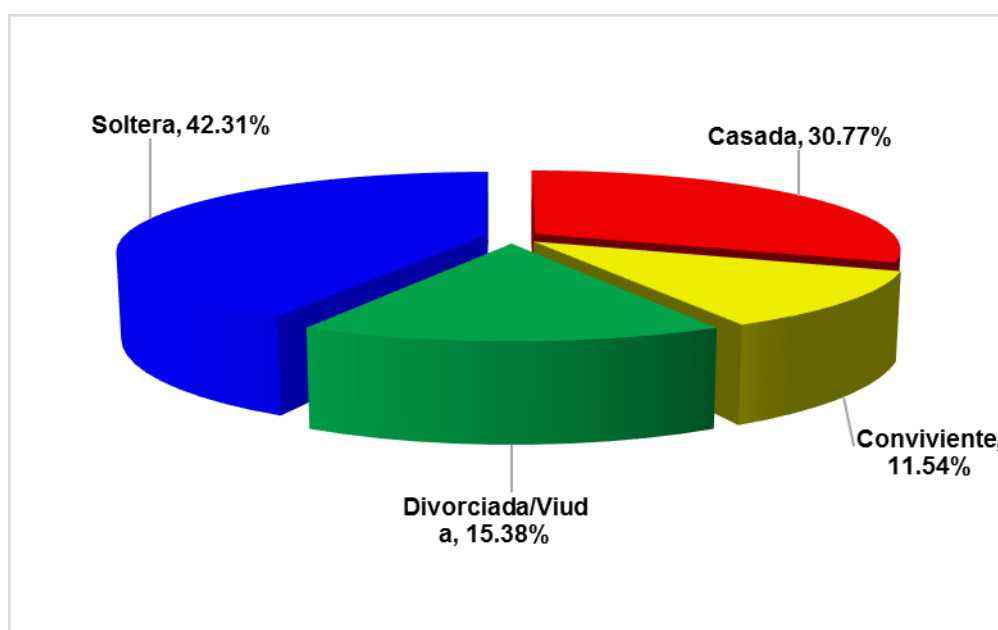
Interpretación

El grupo predominante con un 41.2% (10) del personal de enfermería se encuentra en el grupo de edad de 50 y más años, el 23.5% (6) en el grupo de edad de 20 a 30 años, un 17.6% (5) en el grupo de 31 a 40 años y finalmente 17.6% (5) en el de 41 a 50 años. Al contar con estos rangos de edad del prestador de servicio nos habla de profesionales con experiencia en el cuidado del paciente menor de 5 años con Catéter Venoso Periférico (CVP).

Tabla N° 2

Estado Civil del personal de Enfermería entrevistado

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Casada	8	30.77%
Conviviente	3	11.54%
Divorciada/Viuda	4	15.38%
Soltera	11	42.31%
Total	26	100.00%



Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

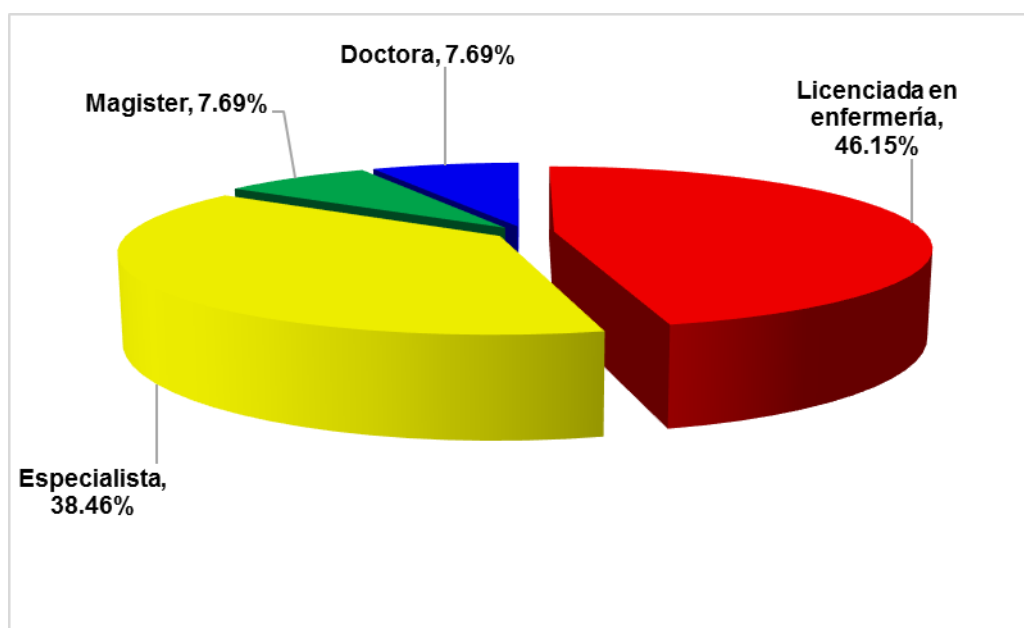
Interpretación

Del total de encuestados el 30.77% son casadas, el 11.54% son convivientes como estado civil, el 15.38% son divorciadas o viudas y el 42.31% tienen como estado civil solteras.

Tabla N° 3

Nivel académico del personal de Enfermería entrevistado

Grado Académico	Frecuencia	Porcentaje
Licenciada en enfermería	12	46.15%
Especialista	10	38.46%
Magister	2	7.69%
Doctora	2	7.69%
Total	26	100.00%



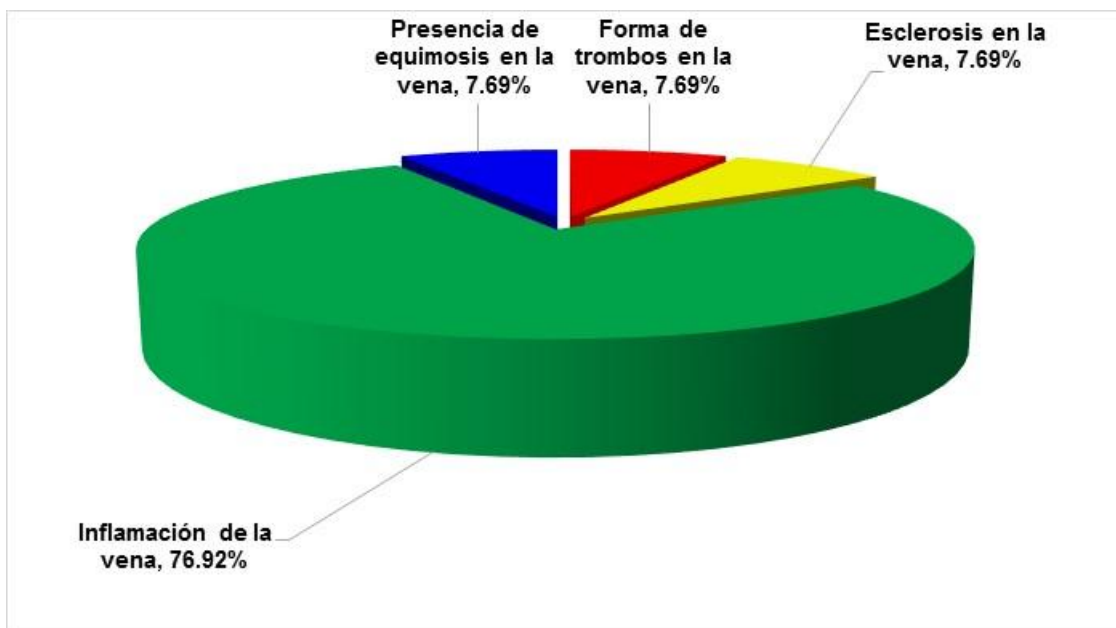
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Del total de encuestados. El 46.15% tienen el grado académico de Licenciada en Enfermería, el 38.46% son especialistas, el 7.69% tienen el grado de Magister y el 7.69% son doctores.

Tabla N°4
Definición de flebitis

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Forma de trombos en la vena	2	7.69%
Esclerosis en la vena	2	7.69%
Inflamación de la vena	20	76.92%
Presencia de equimosis en la vena	2	7.69%
Total	26	100.00%



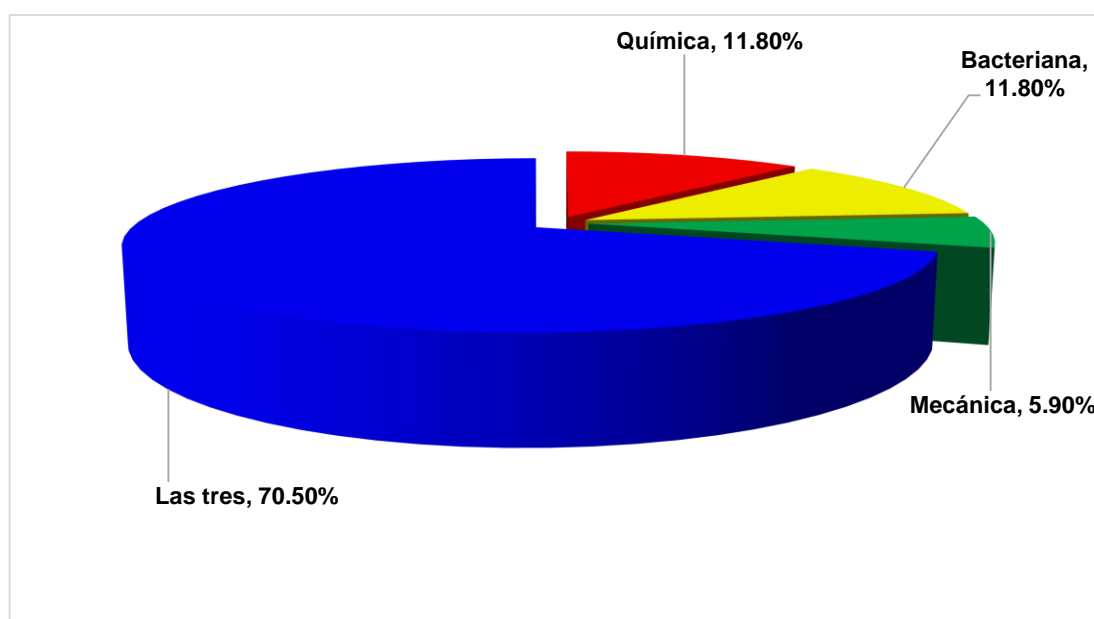
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Del total de encuestados: El 7.69% indicó que la flebitis es una forma de trombosis en la vena, el 7.69% dijo que se trata de una esclerosis en la vena, el 76.92% indicó que se trata de una inflamación a la vena y el 7.69% manifestó que se trata de una presencia de equimosis en la vena

Tabla N° 5
Tipos de flebitis

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Química	3	11.80%
Bacteriana	3	11.80%
Mecánica	2	5.90%
Las tres	18	70.50%
Total	26	100.00%



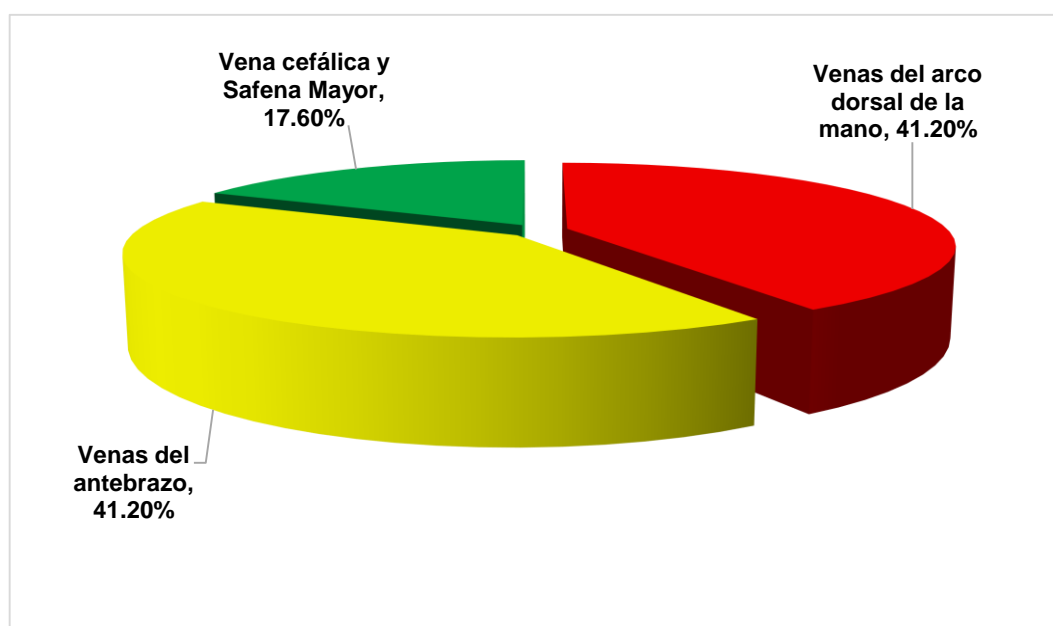
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Del total de encuestados y respecto del tipo de flebitis que conoce, indicaron lo siguiente: el 22.8% dijo que conoce la flebitis química, el 22.8% refirió que conoce la flebitis bacteriana, el 4.9% manifestó que conoce la flebitis mecánica y el 70.5% refirió que conoce los tres tipo de flebitis.

Tabla N° 6
Venas idóneas para la instalación de un catéter venoso periférico

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Venas del arco dorsal de la mano	11	41.20%
Venas del antebrazo	11	41.20%
Vena cefálica y Safena Mayor	4	17.60%
Total	26	100.00%



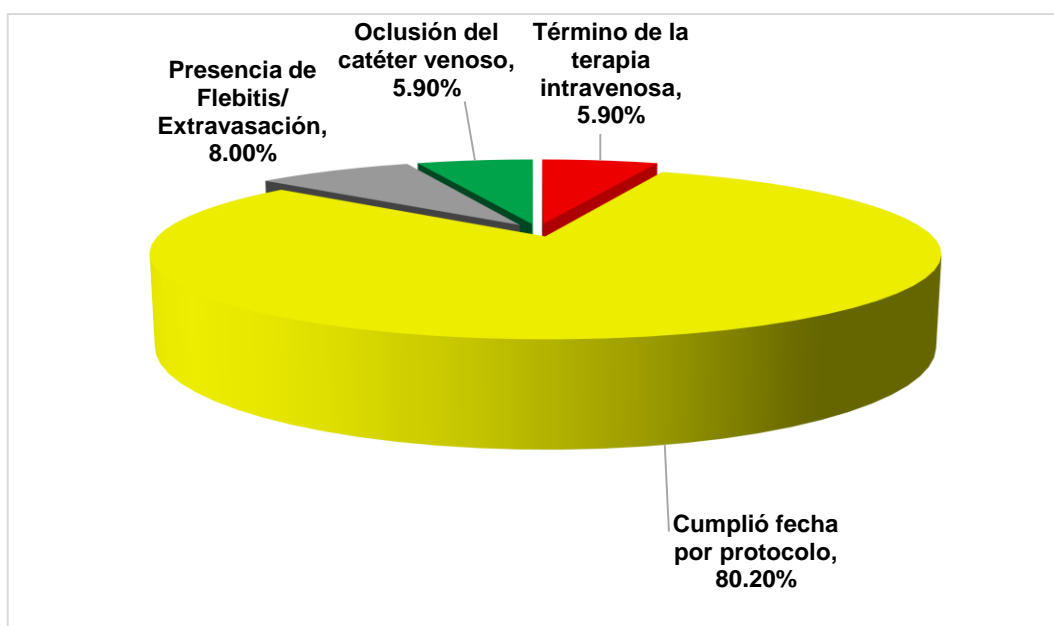
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Del total de encuestados: el 41.2% refirió que la vena ideal para la instalación de un catéter venoso periférico es la vena del arco dorsal de la mano, el 41.2% indicó que es la vena del antebrazo y el 17.6% manifestó que es la vena cefálica y safena mayor.

Tabla N°7
Motivo de retiro de los Catéter Venoso Periférico

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Término de la terapia intravenosa	2	5.90%
Cumplió fecha por protocolo	19	80.20%
Presencia de Flebitis/ Extravasación	3	8.00%
Oclusión del catéter venoso	2	5.90%
Total	26	100.00%



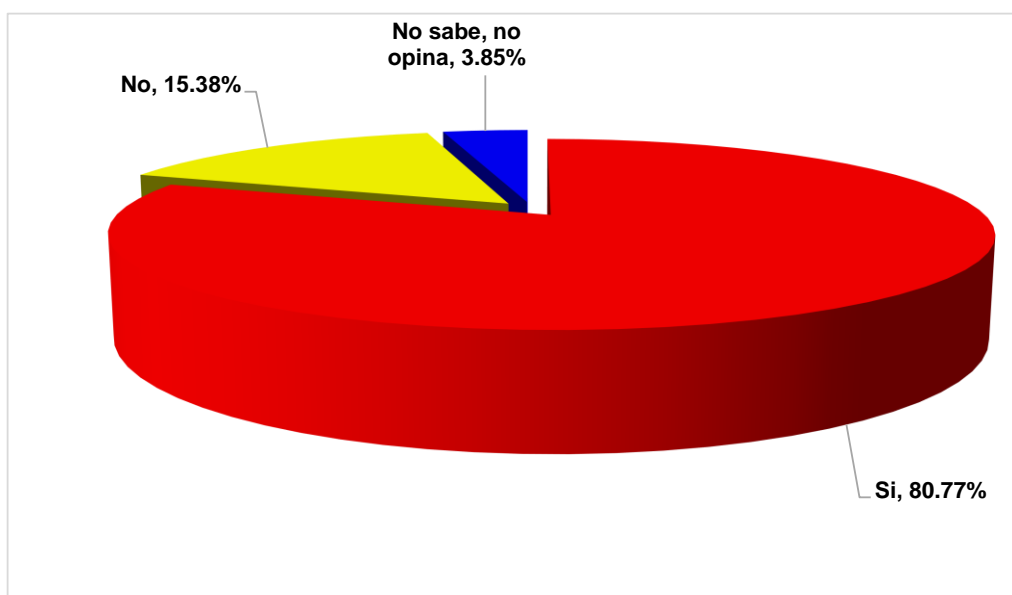
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Del total de encuestados respondieron de la siguiente manera: el 5.9% refirió que el motivo de retiro de los Catéter Venoso Periférico más frecuente en el servicio es el término de la terapia intravenosa, el 80.2% indicó que es el cumplimiento de la fecha de protocolo, el 8% dijo que es la presencia de flebitis y el 5.9% indicó que es la oclusión de catéter venoso.

Tabla N°8
Irrigación del catéter venoso periférico con solución fisiológica

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	80.77%
No	4	15.38%
No sabe, no opina	1	3.85%
Total	26	100.00%



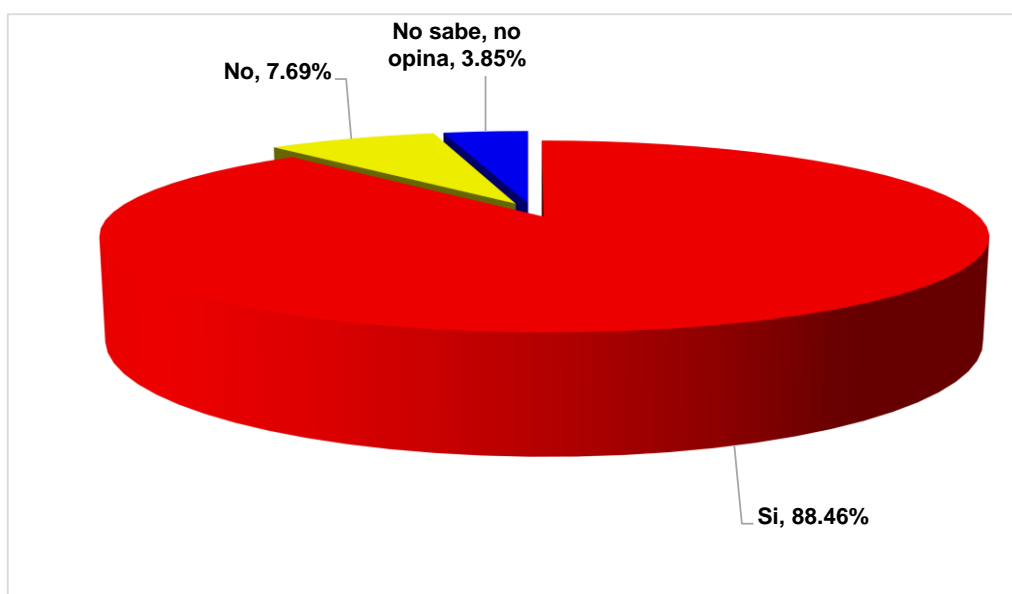
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 80.77% indicó que si irriga el catéter venoso periférico con solución fisiológica cada vez que administra algún medicamento, el 15.38% refirió que no lo hace y el 3.85% manifestó que no sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N°9
Cambio del parche adhesivo

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	88.46%
No	2	7.69%
No sabe, no opina	1	3.85%
Total	26	100.00%



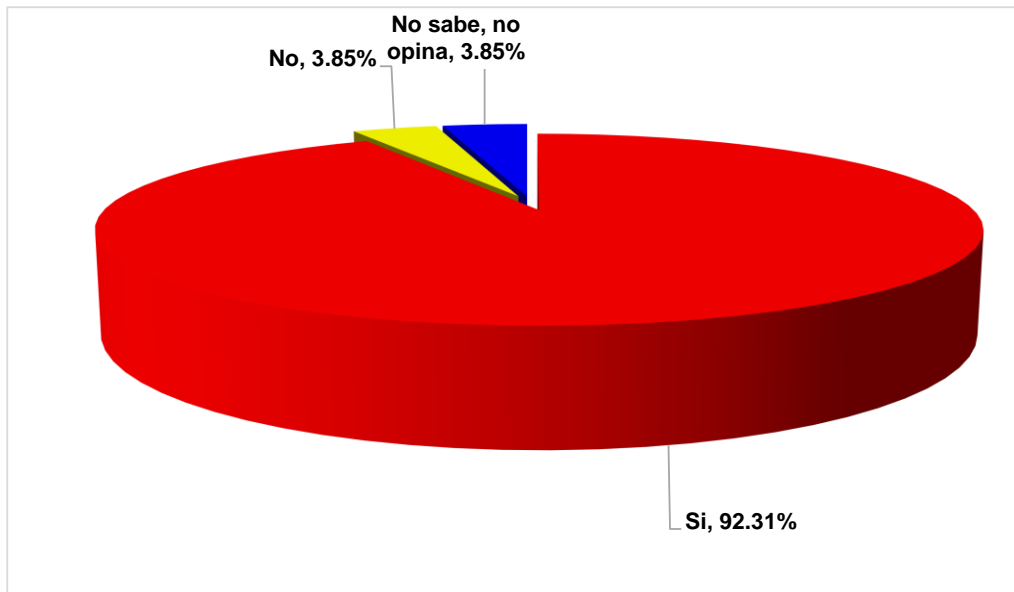
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 88.46% indicó que si realiza cambio del parche adhesivo si está sucio o despegado con técnica estéril, el 7.69% refirió que no lo hace y el 3.85% manifestó que no sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N°10
Necesidad de material para la canalización de la vía periférica

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	92.31%
No	1	3.85%
No sabe, no opina	1	3.85%
Total	26	100.00%



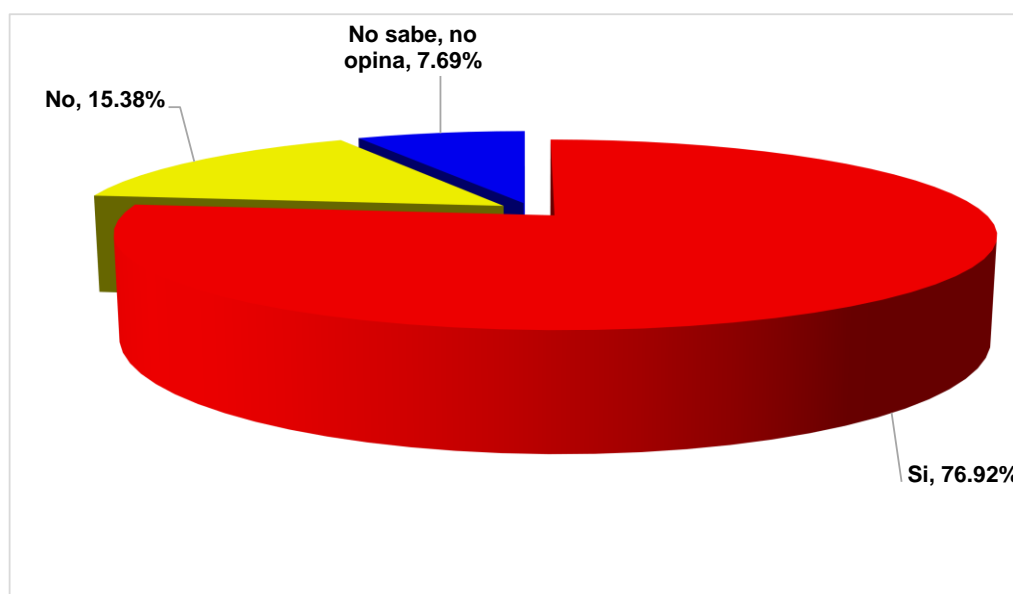
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 92.31% indicó que en el servicio si existe la necesidad de material para la canalización de la vía periférica con apósito estéril que inmovilice el catéter y que permita visualizar el punto de inserción, el 3.85% refirió que no existe tal necesidad y el 3.85% manifestó que no sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N°11
Retiro del catéter venoso periférico

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	76.92%
No	4	15.38%
No sabe, no opina	2	7.69%
Total	26	100.00%



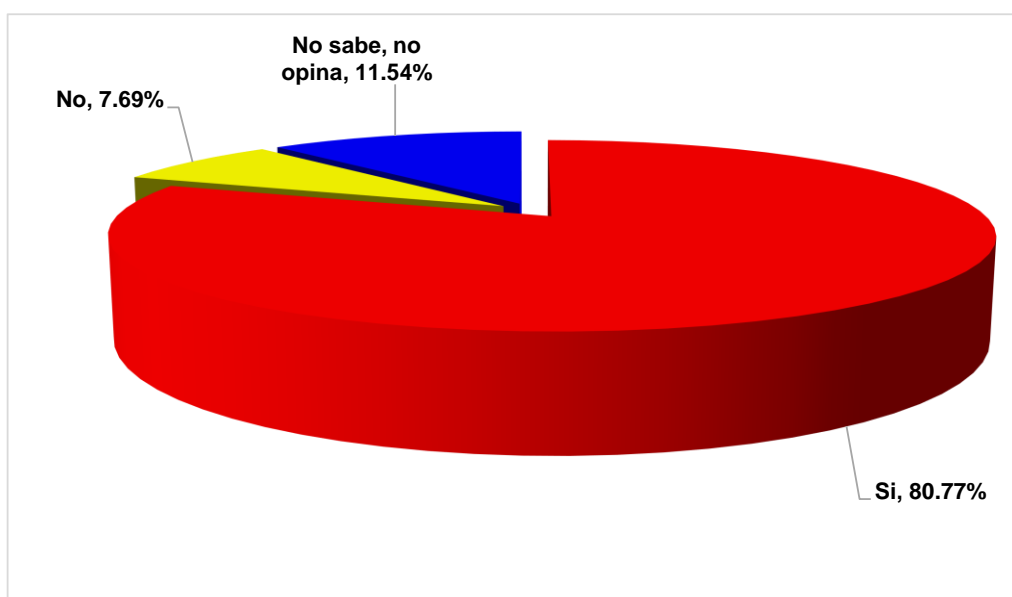
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 76.92% indicó que al retirar el catéter venoso periférico si utiliza algún tipo de sustancia para reblandecer y despegar con facilidad el parche adhesivo, el 15.38% refirió que no utiliza y el 7.69% manifestó que no sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N°12
Vigilancia de la zona de inserción del catéter

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	80.77%
No	2	7.69%
No sabe, no opina	3	11.54%
Total	26	100.00%



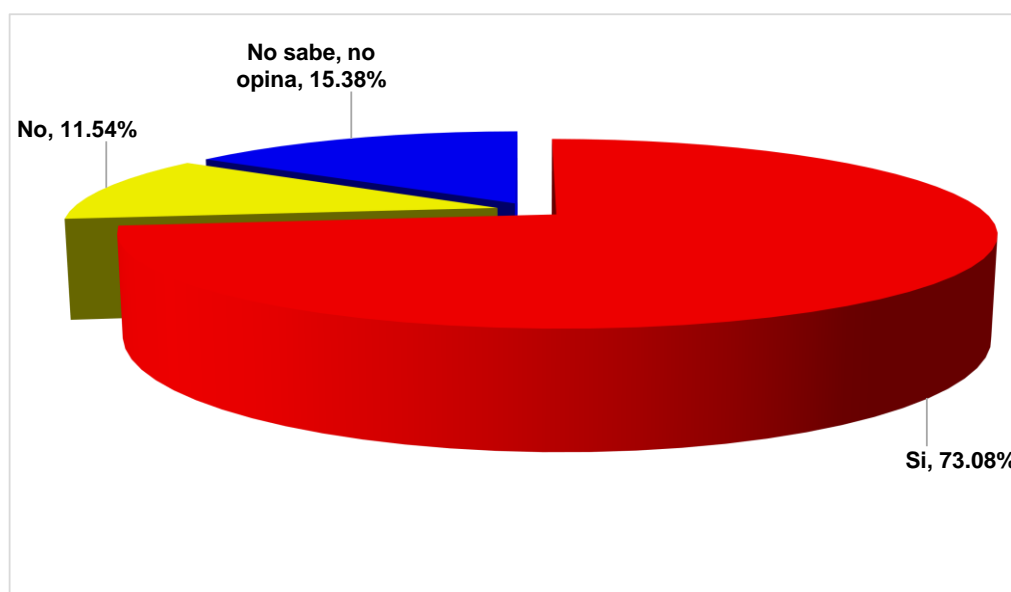
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 80.77% indicó que si vigila frecuentemente la zona de inserción y el recorrido del catéter para detectar signos de extravasación y flebitis, el 7.69% refirió que no lo hace y el 11.54% manifestó que no sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N°13
Inmovilización del paciente pediátrico

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	73.08%
No	3	11.54%
No sabe, no opina	4	15.38%
Total	26	100.00%



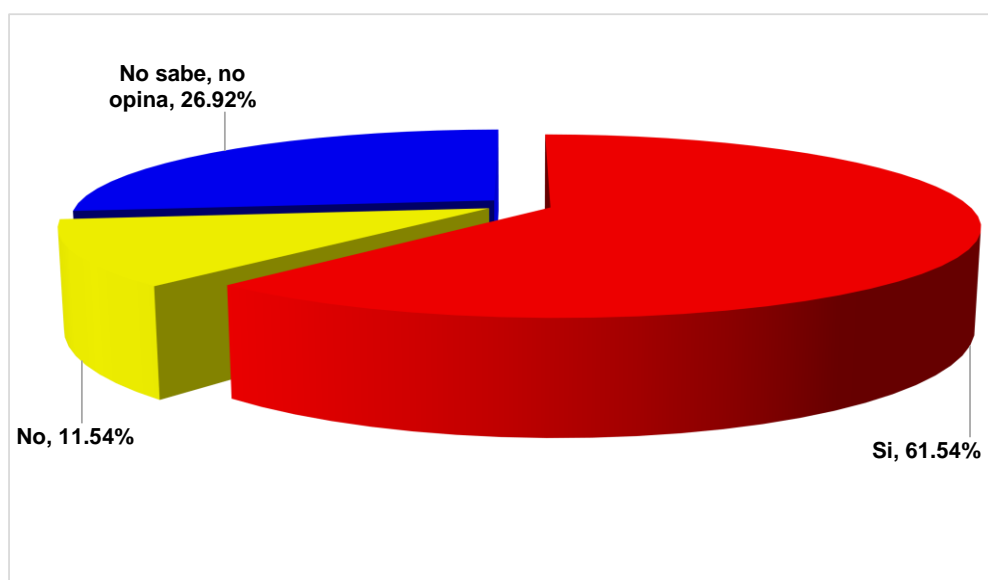
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 73.08% indicó que si inmoviliza si es necesario al paciente pediátrico cuando se encuentra con un catéter venoso periférico, el 11.54% refirió que no lo hace y el 15.38% manifestó que no sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N° 14
Permeabilidad de la vía venosa

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	61.54%
No	3	11.54%
No sabe, no opina	7	26.92%
Total	26	100.00%



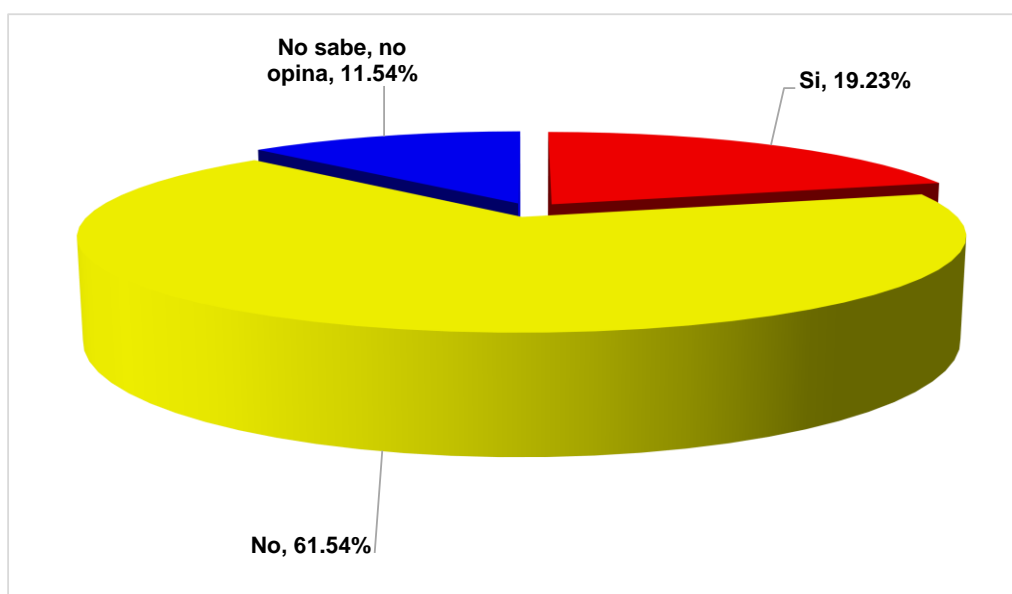
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 61.54% indicó que si comprueba la permeabilidad de la vía venosa cada vez que administra algún fármaco, el 11.54% refirió que no lo hace y el 26.92% manifestó que o sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N° 15
Colocación de compresas tibias

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	19.23%
No	16	61.54%
No sabe, no opina	3	11.54%
Total	24	92.31%



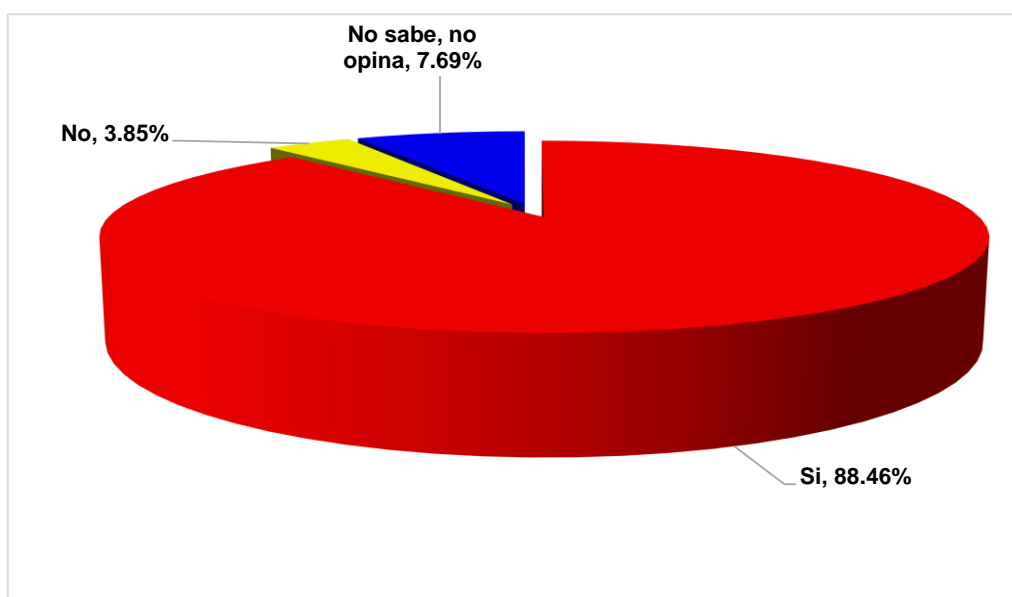
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 19.23% indicó que en caso de no palpar o visualizar la vena si coloca compresas tibias a lo largo del brazo por espacio de 10 minutos y procede a realizar masaje en dirección al flujo sanguíneo, el 61.54% refirió que no lo hace (no coloca las compresas tibias) y el 11.54% manifestó que o sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N°16
Canalización de una vena periférica

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	88.46%
No	1	3.85%
No sabe, no opina	2	7.69%
Total	26	100.00%



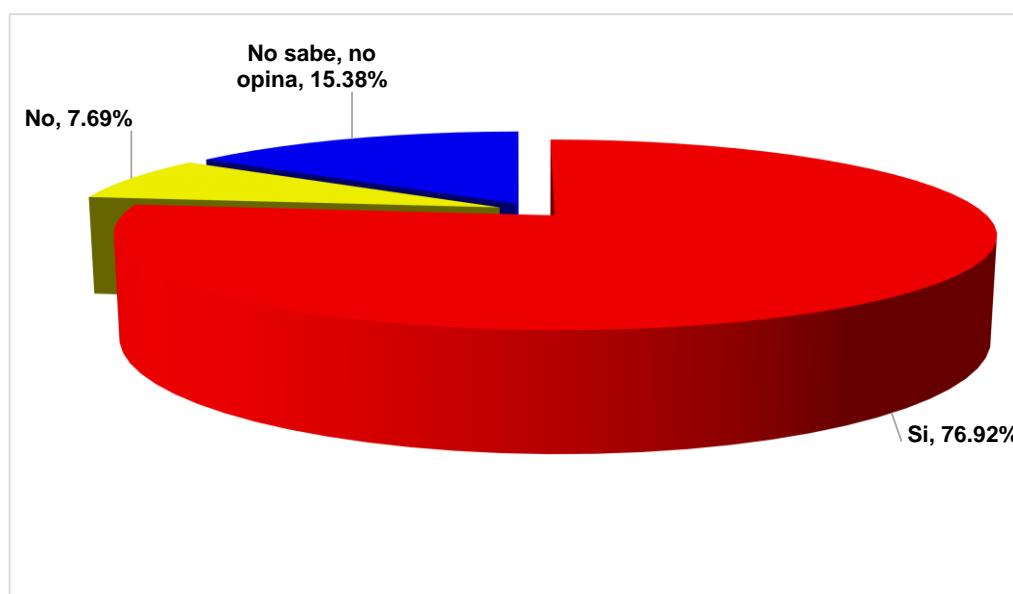
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 88.46% indicó que al canalizar una vena periférica en el paciente si aplica torniquete suave para no dañar la vena en el momento de la inserción del catéter venoso periférico, el 3.85% refirió que no lo hace (no aplica torniquete suave) y el 7.69% manifestó que o sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N°17
Uso de la zona adecuada para el acceso venoso

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	76.92%
No	2	7.69%
No sabe, no opina	4	15.38%
Total	26	100.00%



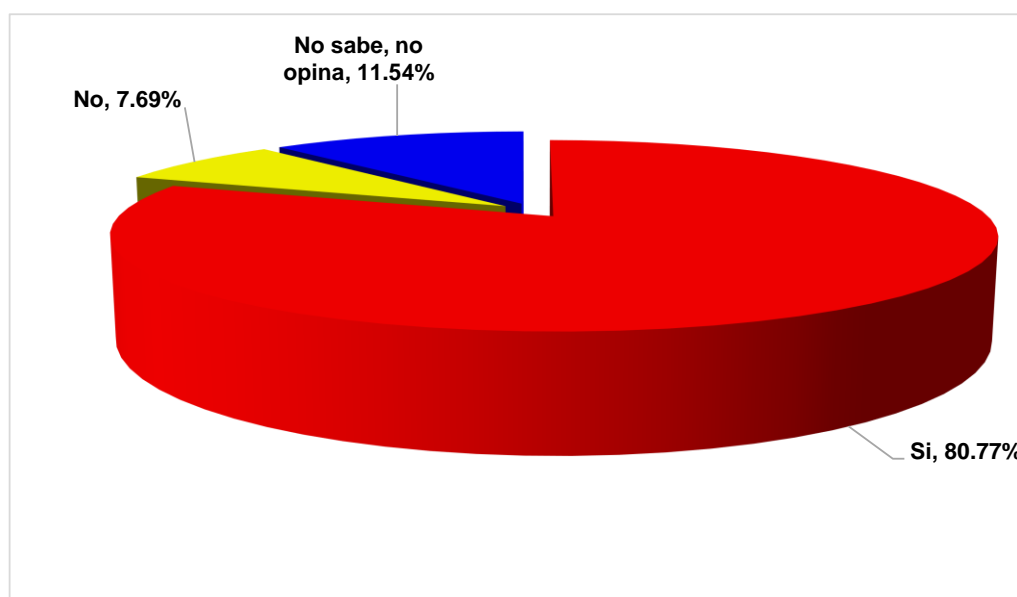
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 76.92% indico que si utiliza la zona adecuada para el acceso venoso, evitando zonas donde anteriormente se han producido lesiones flebíticas, el 7.69% refirió que no lo hace y el 15.38% manifestó que o sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N°18
Acodaduras en las líneas de perfusión

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	80.77%
No	2	7.69%
No sabe, no opina	3	11.54%
Total	26	100.00%



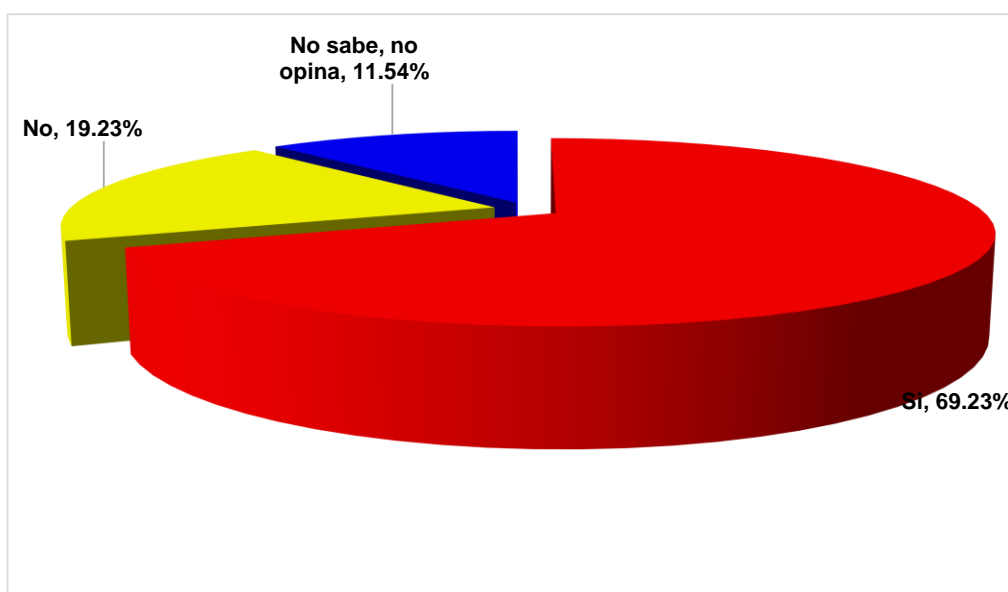
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 80.77% indico que si evita acodaduras en las líneas de perfusión que puedan producir obstrucciones, el 7.69% refirió que no lo hace y el 11.54% manifestó que o sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

Tabla N° 19
Registro de la fecha y hora de punción, el calibre del catéter

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	69.23%
No	5	19.23%
No sabe, no opina	3	11.54%
Total	26	100.00%



Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

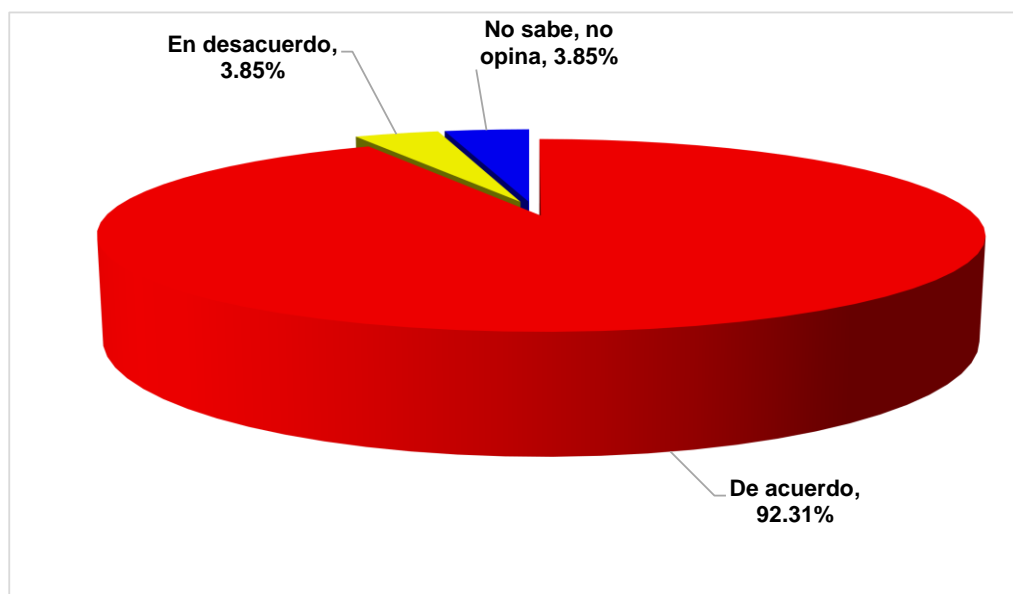
Interpretación

Respecto de la pregunta formulada el: 69.23% indicó que si registra la fecha y hora de punción, el calibre del catéter y las posibles incidencias durante su ejecución, el 19.23% refirió que no lo hace y el 11.54% manifestó que o sabe ni opina sobre la pregunta formulada.

3.2. RESULTADOS DE LA ESCALA DE LIKERT MODIFICADA (Anexo 2)

Tabla N° 20: La preparación de materiales antes de canalizar.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	24	92.31%
En desacuerdo	1	3.85%
No sabe, no opina	1	3.85%
Total	26	100.00%



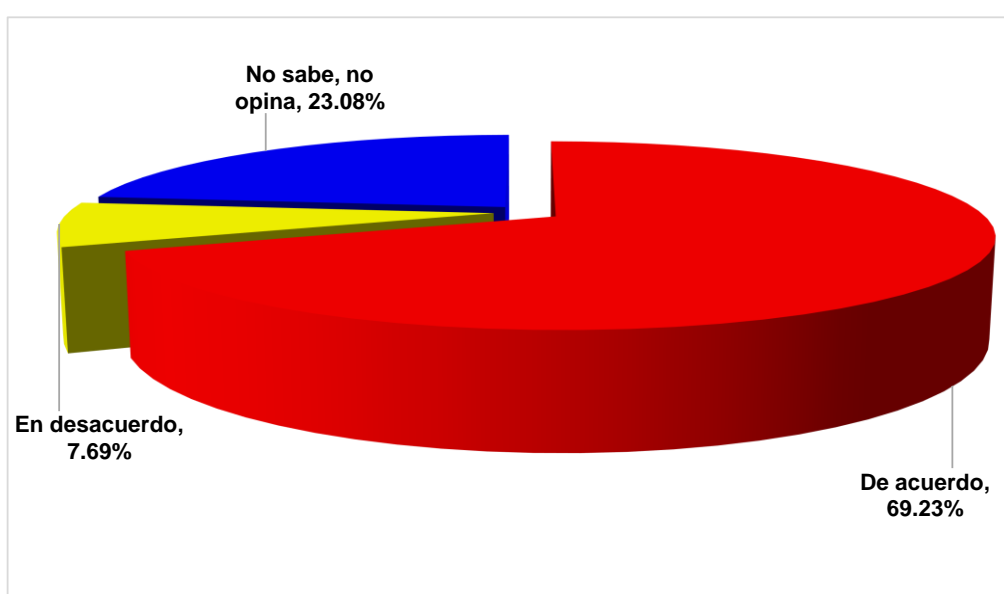
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 92.31% respondió estar de acuerdo con que la preparación de todos los materiales antes de canalizar es necesaria para evitar contaminar la vía periférica, el 3.85% indicó no estar de acuerdo y el 3.85% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 21: Lavado de manos clínico antes de canalizar una vía periférica

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	18	69.23%
En desacuerdo	2	7.69%
No sabe, no opina	6	23.08%
Total	26	100.00%



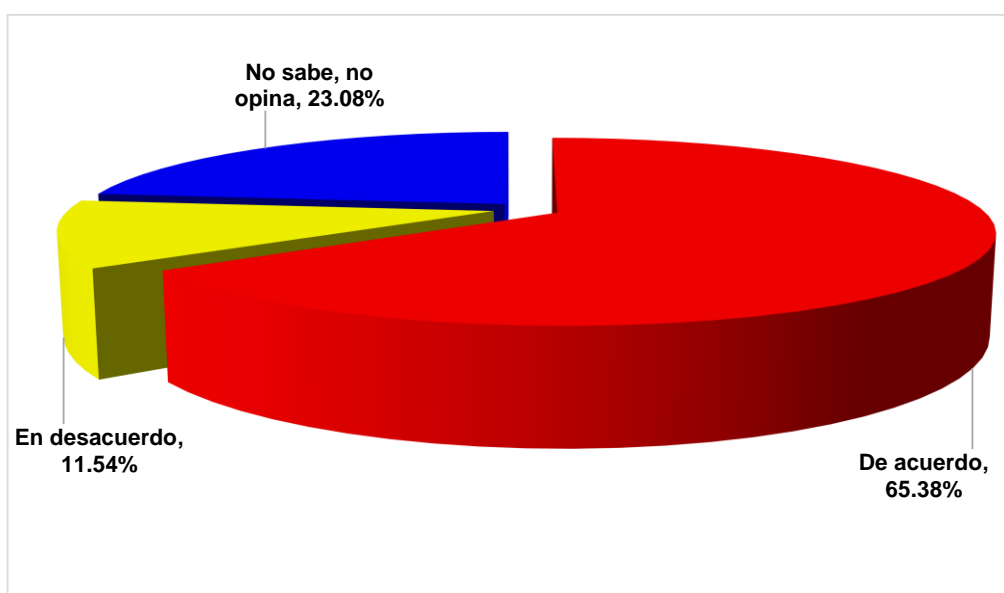
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 69.23% respondió estar de acuerdo con que es importante el lavado de manos clínico antes de canalizar una vía periférica, el 7.69% indicó no estar de acuerdo y el 23.08% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 22: Evitar repetitivas punciones en zona de piel para canalizar una vía periférica.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	17	65.38%
En desacuerdo	3	11.54%
No sabe, no opina	6	23.08%
Total	26	100.00%



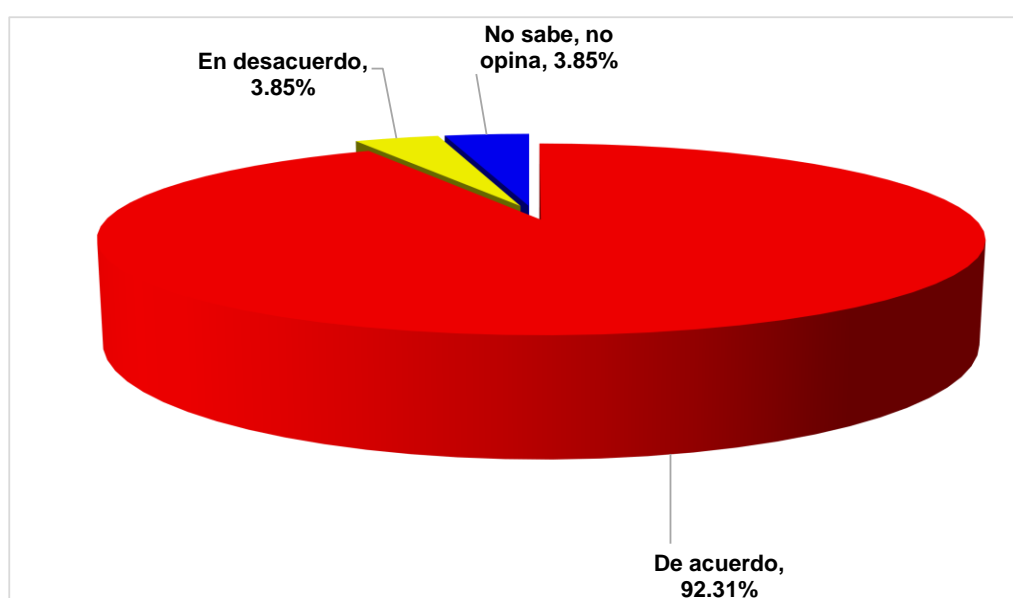
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 65.38% respondió estar de acuerdo con que es imprescindible evitar las repetitivas punciones en la misma zona de la piel para canalizar una vía periférica, el 11.54% indicó no estar de acuerdo y el 23.08% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 23: Uso de guantes para evitar contacto directo con sangre

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	24	92.31%
En desacuerdo	1	3.85%
No sabe, no opina	1	3.85%
Total	26	100.00%



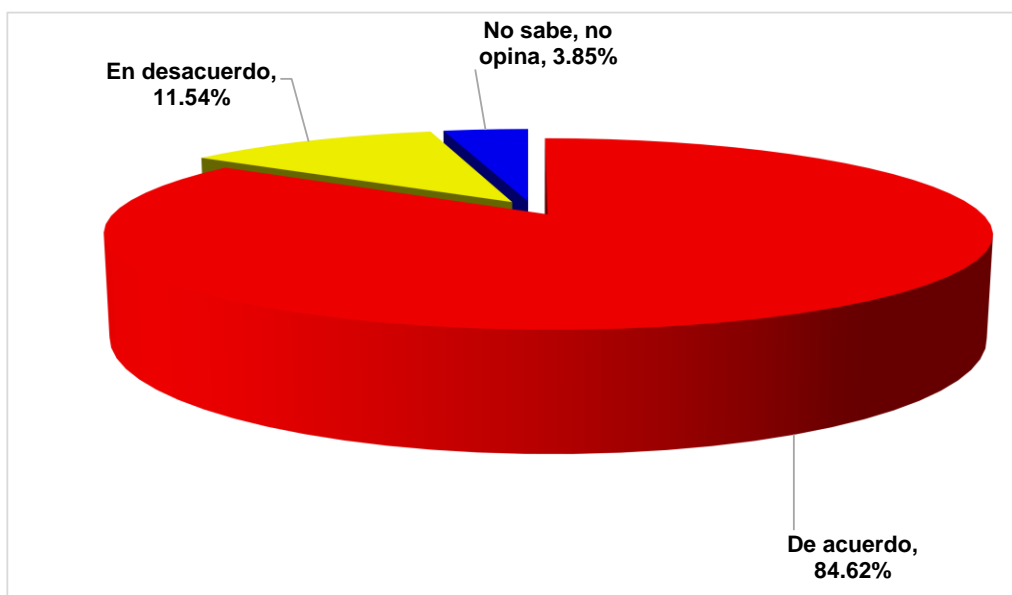
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 92.31% respondió estar de acuerdo con que es importante el uso de guantes para evitar contacto directo con sangre, el 3.85% indicó no estar de acuerdo y el 3.85% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 24: Importancia de la correcta selección de la vena al canalizar

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	22	84.62%
En desacuerdo	3	11.54%
No sabe, no opina	1	3.85%
Total	26	100.00%



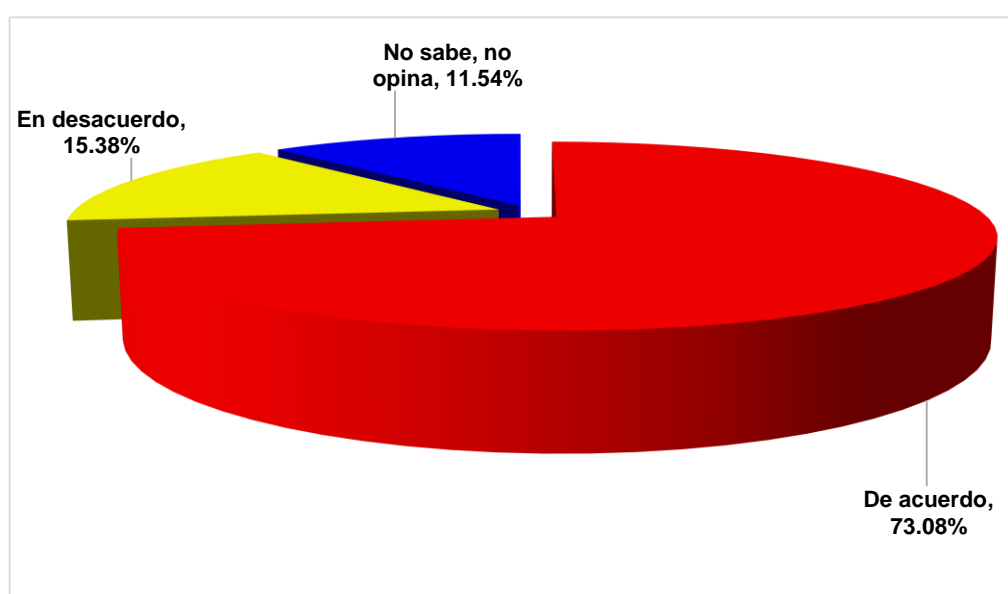
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 84.62% respondió estar de acuerdo con que es importante la correcta selección de la vena al canalizar para evitar infecciones, el 11.54% indicó no estar de acuerdo y el 3.85% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 25: Importancia de aplicar torniquete suave en la canalización de vía periférica

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	19	73.08%
En desacuerdo	4	15.38%
No sabe, no opina	3	11.54%
Total	26	100.00%



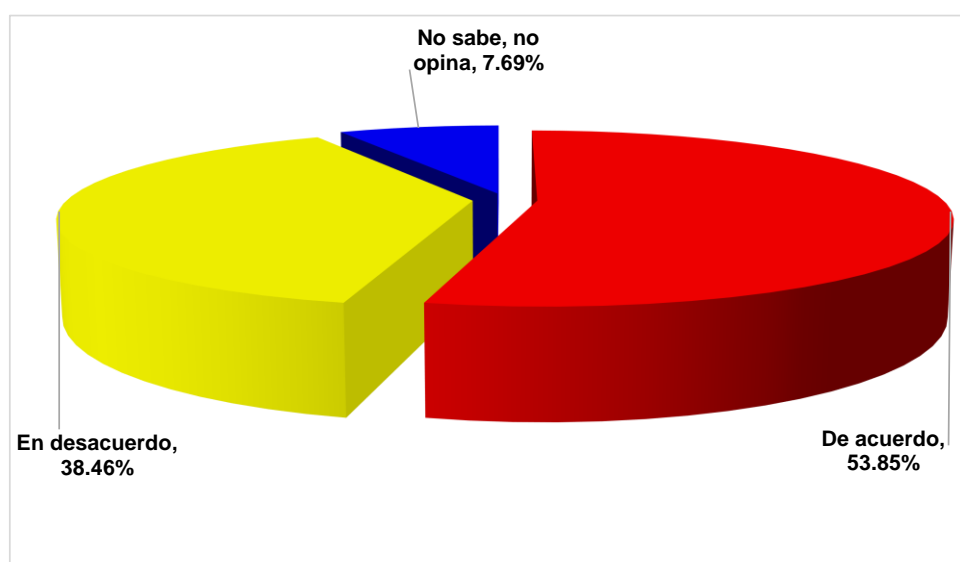
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 73.08% respondió estar de acuerdo con que es importante aplicar torniquete suave en la canalización de vía periférica, el 15.38% indicó no estar de acuerdo y el 11.54% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 26: Cambio de equipos de venoclisis

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	14	53.85%
En desacuerdo	10	38.46%
No sabe, no opina	2	7.69%
Total	26	100.00%



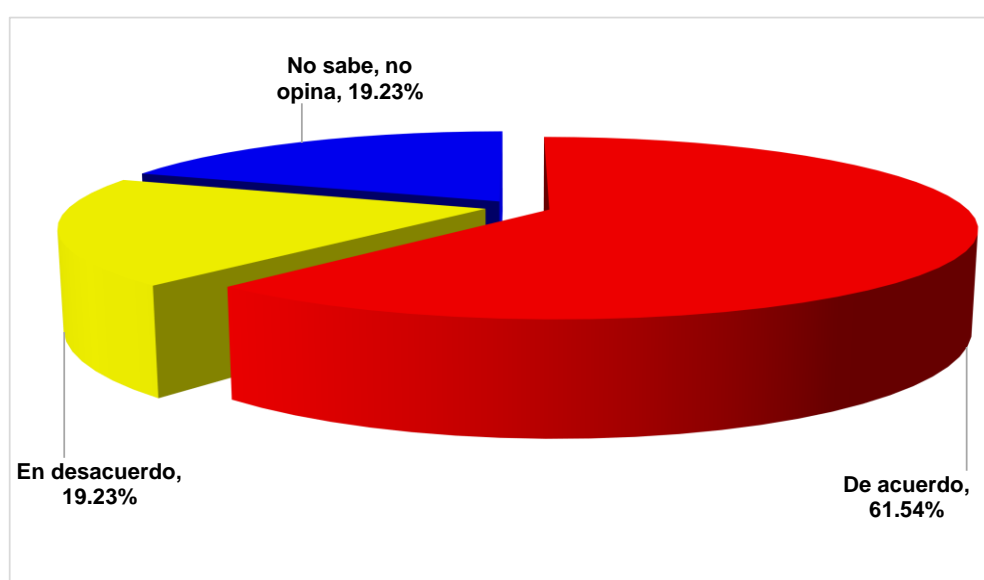
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 53.85% respondió estar de acuerdo con que es imprescindible cambiar los equipos de venoclisis si observo sangre en el trayecto del tubo, el 38.46% indicó no estar de acuerdo y el 7.69% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 27: Importancia de irrigar el catéter venoso con solución salina

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	16	61.54%
En desacuerdo	5	19.23%
No sabe, no opina	5	19.23%
Total	26	100.00%



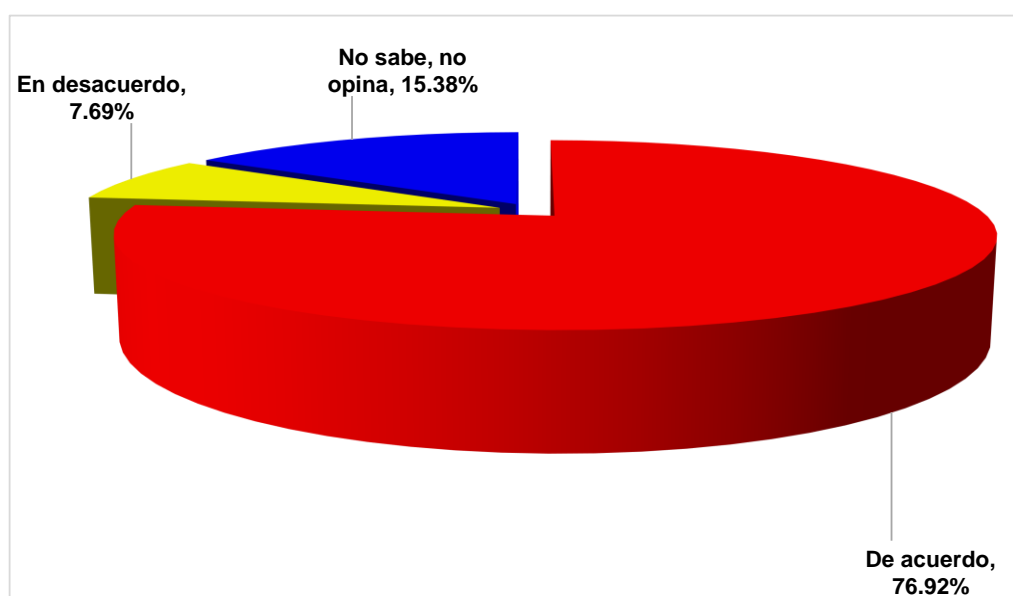
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 61.54% respondió estar de acuerdo con que es importante irrigar el catéter venoso con solución salina cada vez que administro medicamentos, el 19.23% indicó no estar de acuerdo y el 19.23% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 28: Cambio del catéter venoso periférico cada 72 horas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	20	76.92%
En desacuerdo	2	7.69%
No sabe, no opina	4	15.38%
Total	26	100.00%



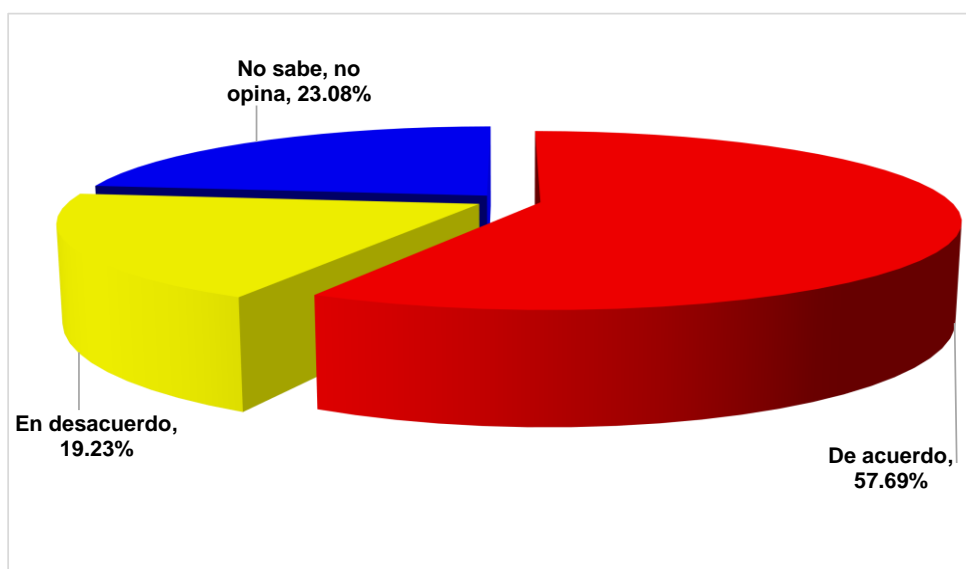
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 76.92% respondió estar de acuerdo con que es imprescindible cambiar el catéter venoso periférico cada 72 horas, el 7.69% indicó no estar de acuerdo y el 15.38 % refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 29: Revisión de la zona de inserción en cada turno

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	15	57.69%
En desacuerdo	5	19.23%
No sabe, no opina	6	23.08%
Total	26	100.00%



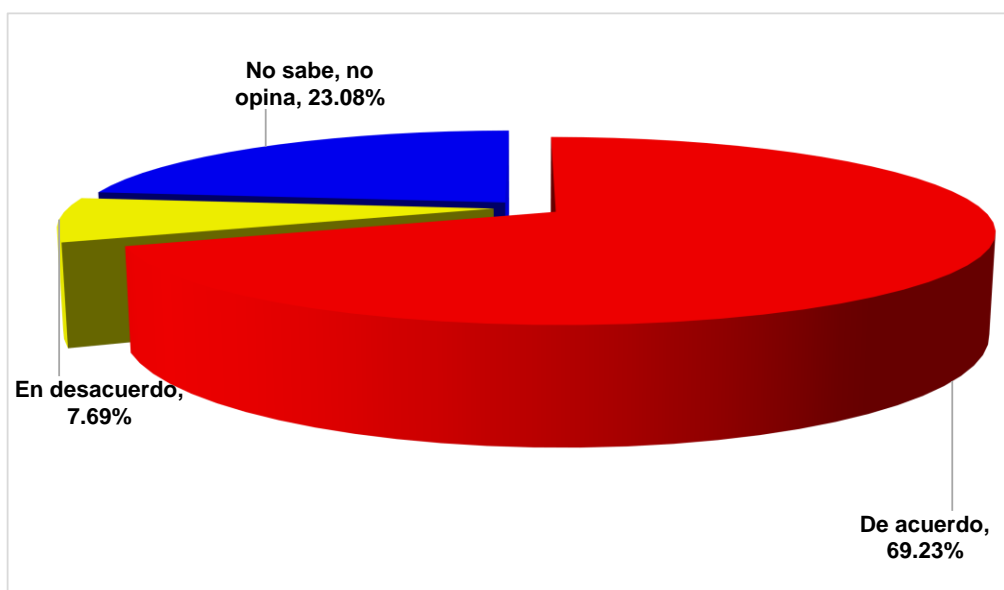
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 57.69% respondió estar de acuerdo con que es importante revisar la zona de inserción en cada turno, el 19.23% indicó no estar de acuerdo y el 23.08% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 30: Importancia de comprobar la permeabilidad de la vía venosa

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	18	69.23%
En desacuerdo	2	7.69%
No sabe, no opina	6	23.08%
Total	26	100.00%



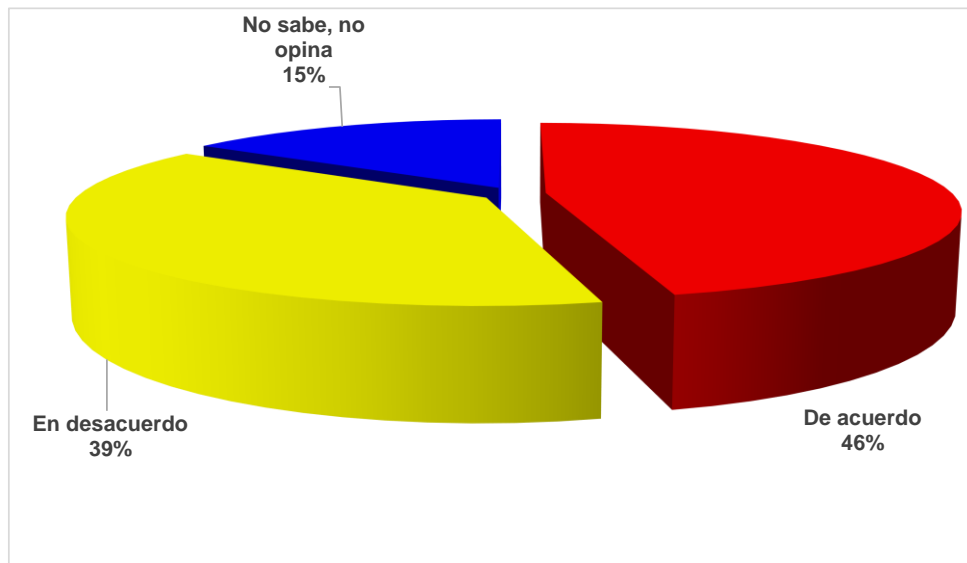
Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el 69.23% respondió estar de acuerdo con que es importante comprobar la permeabilidad de la vía venosa cada vez que administra algún fármaco, el 7.69% indicó no estar de acuerdo y el 23.08% refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

Tabla N° 31: Registro de fecha y hora de la canalización de la vía periférica

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	12	46.15%
En desacuerdo	10	38.46%
No sabe, no opina	4	15.38%
Total	26	100.00%



Fuente: Encuesta aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. 2013.

INTERPRETACIÓN

En relación a la pregunta formulada, se obtuvo el siguiente resultado: el % respondió estar de acuerdo con que es imprescindible registrar fecha y hora de la canalización de la vía periférica, el % indicó no estar de acuerdo y el % refirió que no sabe ni opina sobre el tema preguntado.

CONCLUSIONES

Luego de culminar la investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Se pudo determinar que el nivel de conocimientos y actitudes de la enfermera en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño es medio.
2. Asimismo, se logró determinar que el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería influye significativamente en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño.
3. Se pudo también identificar que el personal de enfermería tiene actitudes positivas en su mayoría para lograr una mejor prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al Departamento de Enfermería y Jefatura del Servicio de Medicina "A" del Instituto Nacional de Salud del Niño, implementar un sistema de capacitación y actualización permanente para el personal de enfermería del servicio de Medicina A, con la finalidad de mejorar y actualizar su nivel de conocimientos en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico.
2. Del mismo modo, se recomienda que a fin de mantener las actitudes positivas del personal de enfermería del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño, el Departamento de Enfermería y Jefatura del Servicio, debe sostener un Plan Motivacional dirigido a este aspecto, toda vez que influye favorablemente en la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico.
3. También se recomienda a la Jefatura unificar criterios para la prevención de flebitis en pacientes con catéter venoso periférico del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño, esto se puede lograr en conjunto en los programas de capacitación y actualización.

REFERENCIAS BLIOGRÁFICAS

1. Marriner Tomey A, Raile Alligood M; Modelos y Teoría en Enfermería; Editorial Harcourt Brace, Cuarta edición, 1999.
2. Tena Tamayo C; Arrollo de Cordero G. 2004. Recomendaciones Específicas para Enfermería sobre el proceso de Terapia Endovenosa. Revista Desarrollo Científico Volúmen 12 N° 10.
3. Casas P. M; Penas R. JL. Guía para la prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con catéteres venosos. Disponible en www.meiga.info/guias/cateteres.asp recuperado el 31/08/12.
4. Carballo, Montserrat; Llinas, Montserrat y Feijoo, M. 2004 Flebitis en catéteres periféricos, incidencia y factores de riesgo. Rev. Rol de Enfermería. Disponible en www.e-rol.es/articu/anterior/04_09.php?num=27 recuperado el 31/08/12.
5. Duck, S. 1997. Terapia Intravenosa Neonatal. J. Intraven. Nurs. 20, 121-128.
6. Barría P, R Mauricio y Santander M, Gema. Acceso Vascular Periférico en Neonatos de Cuidado Intensivo: Experiencia de un hospital público. Cienc. Enferm. Dic. 2006, Vol. 12, N° 2 disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttex&pid=s0717-9553200600200005&inq=es&nrm=iso>. ISSN0717-9553 recuperado el 31/08/12
7. Velásquez S. 2008 “Conocimiento y Criterio de Enfermería para Evitar Flebitis en Neonatos con Catéter Venoso Periférico”.
8. Daidan, M. Gonzales A. y Cadena M. (2000) “ Factores que determinan las Flebitis en pacientes con catéter endovenoso por más de 24 horas en el Hospital I.E.S.S Riobamba Ecuador”
9. Lucero, S. Conde, R. y Erazo, J (1999) “Intervención del profesional de enfermería en la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en la prevención de infecciones en el sitio de venopunción en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital de los Seguros Sociales de Bogotá”.

10. Mijares, M y Sánchez, L (1996) Calidad de atención brindada al enfermo con catéter periférico en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Caracas.
11. Wiedenbach E. (1999). Conceptos de Enfermería del Artículo Clínical Nursing: A Helping Art. New York: Springer, Publishing Company, Inc., New York 10012 p. 108.
12. Morfín, A. (1999) La nueva modalidad educativa, educación basada en normas de competencias. México: Limusa
13. Muñoz, Seca y Riverola (1997). De la filosofía de la calidad al sistema de mejora continua: 37 actividades. Madrid: Panorama Editorial
14. Davenport y Prusak (1998). Information politics. En: D. A. Klein (ed.). The strategic management of intellectual capital. Boston, EUA: Butterworth-Heinemann, 1998.
15. Andreu y Sieber (2000). Gestión del Conocimiento. USA. Centrum Voor Wiskunde, University of Amsterdam.
16. Polanyi, Michael (1963) "The Tacit Dimension". First published Doubleday & Co, 1966. Reprinted Peter Smith, Gloucester, Mass, 1983. Chapter 1: "Tacit Knowing"
17. Nonaka, I., Takeuchi, H. (1995). The Knowledge-Creating Company. USA: University Press
18. Ausubel (1983) Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo. 2º Ed. Trillas México.
19. Fleury, JM. (2003) Diferentes rutas al conocimiento. Canadá: Federación Mundial de Periodistas Científicos en cooperación con la Red de Ciencia y Desarrollo, SciDev. Net. Canadá.
20. Tamayo, Mario (1990). La Investigación Científica. México. LIMUSA S. A.
21. Bunge, Mario (1986). La ciencia su método y su filosofía, Buenos Aires. Ediciones siglo XX
22. Diccionario de Medicina Océano Mosby (1994) Editorial Mosby. 2ª edición

23. Pescador, A; Tórtora, C; Soriano, LL; Lazaro, C; Pérez y Pita, L (1997) Proyecto EPINE-97. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Madrid.
24. Thomas Marsoorli S. (1997) Terapia intravenosa. Nursing 1997; 15(3): 40 – 43.
25. Rodríguez, S. Y cols. Complicaciones de la terapia intravenosa como causa de la prolongación de la estancia hospitalaria. Enfermería científica 1992; 118: 20, 21
26. Marin Vivo, G y Mateo Marín, E. Catéteres venosos de accesos periférico. Rol de enfermería 1997; 229: 67-72.
27. Potter, PA y Perry, AG. Fundamentos de enfermería, 5ª ed. Barcelona: Harcourt: 2001.
28. Córcoles Jiménez, P, Ruiz Gómez, T y cols. Flebitis postpunción. Estudio en un área de cirugía. Rol de enfermería 1996; 217: 13-16.
29. Sherertz, R.J. y cols. The risk of peripheral vein phlebitis associated with chlorhexidine coated catheters: a randomized, double-blind trial. Infection control and hospital epidemiology 1997; 18, 4: 230-236.
30. Martínez, J.A. y cols. Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de los factores predisponentes. Medicina Clínica 1994; 103: 89-93.
31. Cervo, Amado Luis. Pedro Alcino Bervian; Metodología Científica. 1980. McGraw-hill Latinoamérica, Bogotá Colombia, p.419

ANEXOS

ANEXO N° 1**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES CON CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO****Objetivo:**

Recolectar información que permita describir los conocimientos del personal de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes menores de 5 años con catéter venoso periférico del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño.

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente los enunciados que aparecen a continuación y luego responda lo que se le solicita.

DATOS GENERALES:

1. ¿Cuál es su rango de edad?
 - a) 20-30 años
 - b) 31-40 años
 - c) 41-50 años
 - d) 50 a mas

2. ¿Cuál es su estado Civil?
 - a) Casada
 - b) Conviviente
 - c) Divorciada/Viuda
 - d) Soltera

3. ¿Cuál es su nivel académico?
 - a) Licenciada en Enfermería
 - b) Especialista
 - c) Magister
 - d) Doctora

CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA**4. ¿Qué es la flebitis?**

- a) Forma de trombos en la vena
- b) Esclerosis en la vena
- c) Inflamación de la vena
- d) Presencia de equimosis en la vena

5. ¿Cuáles son los tipos de flebitis que conoce?

- a) Química
- b) Bacteriana
- c) Mecánica
- d) Las tres

6. ¿Qué venas considera idóneas para la instalación de un cateter venoso periférico?

- a) Venas del arco dorsal de la mano
- b) Venas del antebrazo
- c) Vena cefálica y Safena Mayor
- d) Cualquier vena

7. ¿Cuál es el motivo de retiro de los Catéter Venoso Periférico más frecuente en el servicio?

- a) Término de la terapia intravenosa
- b) Cumplió fecha por protocolo
- c) Presencia de Flebitis/ Extravasación
- d) Oclusión del catéter venoso

Preguntas tipo Lickert, siga la siguiente leyenda para responder según el tipo de respuesta:

	Si	No	No sabe, no opina
8. ¿Irriga el catéter venoso periférico con solución fisiológica cada vez que administra algún medicamento?			
9. ¿Realiza cambio del parche adhesivo si está sucio o despegado con técnica estéril?			
10. ¿En el servicio existe la necesidad de material para la canalización de la vía periférica con apósito estéril que inmovilice el catéter y que permita visualizar el punto de inserción?			
11. ¿Al retirar el catéter venoso periférico utiliza algún tipo de sustancia para reblandecer y despegar con facilidad el parche adhesivo?			
12. ¿Vigila frecuentemente la zona de inserción y el recorrido del catéter para detectar signos de extravasación y flebitis?			
13. ¿Inmoviliza si es necesario al paciente pediátrico cuando se encuentra con un catéter venoso periférico?			
14. ¿Comprueba la permeabilidad de la vía venosa cada vez que administra algún fármaco?			
15. ¿En caso de no palpar o visualizar la vena coloca compresas tibias a lo largo del brazo por espacio de 10 minutos y procede a realizar masaje en dirección al flujo sanguíneo?			
16. ¿Al canalizar una vena periférica en el paciente aplica torniquete suave para no dañar la vena en el momento de la inserción del catéter venoso periférico?			

17. ¿Utiliza la zona adecuada para el acceso venoso, evitando zonas donde anteriormente se han producido lesiones flebíticas?			
18. ¿Evita acodaduras en las líneas de perfusión que puedan producir obstrucciones?			
19. ¿Registra la fecha y hora de punción, el calibre del catéter y las posibles incidencias durante su ejecución?			

ESCALA DE LIKERT MODIFICADA

I. PRESENTACIÓN

Estimada Licenciada de enfermería:

Objetivo:

El objetivo del siguiente Test es recolectar información que permita describir las actitudes del personal de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes menores de 5 años con catéter venoso periférico del Servicio de Medicina A del Instituto Nacional de Salud del Niño. Agradecemos su participación en esta investigación.

II. INSTRUCTIVO

En las hojas subsiguientes encontrará usted un listado de enunciados en la cual debe marcar con una "X" según corresponda a su criterio:

A: De acuerdo D : En desacuerdo NS: No sabe, no opina

N°	PREGUNTA	A	D	NS
1	La preparación de todos los materiales antes de canalizar es necesaria para evitar contaminar la vía periférica.			
2	Considero importante el lavado de manos clínico antes de canalizar una vía periférica			
3	Considero imprescindible evitar las repetitivas punciones en la misma zona de la piel para canalizar una vía periférica.			
4	Es importante el uso de guantes para evitar contacto directo con sangre.			
5	Es importante la correcta selección de la vena al canalizar para evitar infecciones			
6	Es importante aplicar torniquete suave en la canalización de vía periférica			
7	Es imprescindible cambiar los equipos de venoclisis si observo sangre en el trayecto del tubo			
8	Es importante irrigar el catéter venoso con solución salina cada vez que administro medicamentos.			
9	Es imprescindible cambiar el catéter venoso periférico cada 72 horas			
10	Es importante revisar la zona de inserción en cada turno			
11	Es importante comprobar la permeabilidad de la vía venosa cada vez que administra algún fármaco			
12	Es imprescindible registrar fecha y hora de la canalización de la vía periférica			

ANEXO N° 3**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la firma de este documento doy mi consentimiento para formar parte de la investigación titulada:

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO DEL SERVICIO DE MEDICINA A DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

el cual es desarrollado por las Licenciadas en enfermería: Keyla Vela, Marleny Pasache y Giovanna Torres, enfermeras asistenciales del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Es de mi consentimiento que el cuestionario que responderé forma parte del trabajo de campo, necesario en toda investigación, que la información recolectada será utilizada únicamente en esta investigación y será estrictamente confidencial. Además se me ha informado con claridad los objetivos de la investigación y de que puedo retirarme en el momento que lo desee

Lima, _____ de _____ de 2013

.....

Firma del encuestado

.....

Firma de las investigadoras

ANEXO N° 4

ESCALAS DE CLASIFICACIÓN Y DETERMINACIÓN DE PUNTAJES DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

ACTITUDES:

A: 0

D: 1

NS: 2

Se considerara negativa cuando marque TD, D o Indiferente, siendo el puntaje de indiferente igual a 2, y teniendo en cuenta que el número de ítems del instrumento que mide actitudes es de 12, el puntaje requerido para considerar una actitud positiva debe ser superior a 24 (2x12)

ESCALA	CLASIFICACIÓN
<= 34	NEGATIVA
>34	POSITIVA

ESCALA DE CLASIFICACIÓN PARA EL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SEGÚN TÉCNICA DE ESTANINO

Estadísticos**PUNTAJE CONOCIMIENTOS**

N	Válidos	10
	Perdidos	0
Media		23,40
Desv. típ.		3,688
Mínimo		19
Máximo		30

PUNTOS DE CORTE:

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$A = 23.4 - 0.75 * 3.7$$

$$A = 20$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$B = 23.4 + 0.75 * 3.7$$

$$B = 26$$

ESCALA	CLASIFICACIÓN
<20	BAJO
20 A 26	MEDIO
27 A 31	ALTO



"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN
HUANUCO PERU
FACULTAD DE ENFERMERIA
 Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3. 2da Piso-Cayhuayna - Teléfono 58-1076



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN PEDIATRIA

En la ciudad de Lima, a los trece días del mes de junio de 2015, siendo las once horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes de la Oficina CEFOSA, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0276-2015-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO DEL SERVICIO DE MEDICINA A DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALD DEL NIÑO**, de la Licenciada en Enfermería: **Giovanna TORRES MARTINEZ**

El Jurado Calificador está integrado por las siguientes docentes:

- | | |
|------------------------------------|--------------------|
| • Mg. Luzvelia Alvarez Ortega | PRESIDENTA |
| • Dra. Irene Deza y Falcón | SECRETARIA |
| • Lic. Enf. Judith Galarza Silva | VOCAL |
| • Lic. Enf. Alcira Medina Céspedes | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: APROBADO por UNANIMIDAD, con el calificativo cuantitativo de 18 y cualitativo de MUY BUENO quedando A.P.T.O para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN PEDIATRIA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.



PRESIDENTE (A)



SECRETARIO (A)



VOCAL

Buena: (11, 12, 13)
 Buena: (14, 15, 16)
 Muy Buena: (17, 18)
 Excelente: (19, 20)



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILO VALDIZAN" HUANUCO

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Huanuco, 20 D.I.C. 2021

Lic. Kdiny Juana J. Jara Ruiz

FEDATARIO

Registro Nº 07631



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL**

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X")

Pregrado	Segunda Especialidad	Posgrado:	Maestría	Doctorado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregrado (tal y como está registrado en SUNEDU)				
Facultad				
Escuela Profesional				
Carrera Profesional				
Grado que otorga				
Título que otorga				
Segunda especialidad (tal y como está registrado en SUNEDU)				
Facultad	ENFERMERIA			
Nombre del programa	PEDIATRIA			
Título que otorga	ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN PEDIATRIA			
Posgrado (tal y como está registrado en SUNEDU)				
Nombre del Programa de estudio				
Grado que otorga				

2. Datos del Autor(es): (ingrese todos los datos requeridos completos)

Apellidos y Nombres:	TORRES MARTINEZ GIOVANNA VIOLETA			
Tipo de Documento:	DNI / Pasaporte	C.E.	Nro. de Celular:	982301313
Nro. de Documento:	06779636		Correo Electrónica:	giovantm71@hotmail.com
Apellidos y Nombres:	PASACHE ECHEGORAY MARLENY CLARA			
Tipo de Documento:	DNI / Pasaporte	C.E.	Nro. de Celular:	958846596
Nro. de Documento:	21531629		Correo Electrónica:	marlenypasache3@hotmail.com
Apellidos y Nombres:	VELA RODRIGUEZ KEYLA MARIBEL			
Tipo de Documento:	DNI / Pasaporte	C.E.	Nro. de Celular:	955780791
Nro. de Documento:	09646484		Correo Electrónica:	key23@hotmail.com

3. Datos del Asesor: (ingrese todos los datos requeridos completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?:	(marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)			SI / NO
Apellidos y Nombres:	VERANENSI VILAVICENCIO NANCY ORCID ID:			
Tipo de Documento:	DNI	Pasaporte	C.E.	Nro. de documento:

4. Datos del Jurado calificador: (ingrese solamente los Apellidos y Nombres completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

Presidente:	Alvarez Ortega Juvelia
Secretario:	Deza y falcon Irene
Vocal:	Galaz Silva Judith
Vocal:	-
Vocal:	-
Accesorio	Medina Cespedes Alcin


5. Declaración Jurada: (ingrese todos los datos requeridos completos)

a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: (ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)

"CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON CATETER VENOSO PERIFÉRICO DEL SERVICIO DE MEDICINA A DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO"

b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de: (tal y como está registrado en SUNEDU)

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN PEDIATRIA.

c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.

d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.

e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.

f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.

g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.

h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraran causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

6. Datos del Documento Digital a Publicar: (ingrese todos los datos requeridos completos)

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: (Verifique la información en el Acta de Sustentación) 2015

Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: (Marque con X según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)	Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis Formato Artículo	<input type="checkbox"/>	Tesis Formato Patente de invención	<input type="checkbox"/>
	Trabajo de Investigación	<input type="checkbox"/>	Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/>	Tesis Formato Libro, revisado por Pares Externos	<input type="checkbox"/>
	Trabajo Académico	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique modalidad)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Palabras Clave: (solo se requieren 3 palabras) FLEBITIS, CARTEL, NIÑO

Tipo de Acceso: (Marque con X según corresponda)

Acceso Abierto	<input checked="" type="checkbox"/>	Condición Cerrada (*)	<input type="checkbox"/>
Con Período de Embargo (*)	<input type="checkbox"/>	Fecha de Fin de Embargo:	<input type="text"/>

¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? (ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras, marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda): SI

Información de la Agencia Patrocinadora:

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.



7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente, Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Herminio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también, establecer los metadatos correspondientes.

 Firma:		
Apellidos y Nombres: TORRES MARTINEZ GIOVANNA VIOLTA DNI: 06779636	Huella Digital	
 Firma:		
Apellidos y Nombres: PASACHE ECHEGARAY MARLON CLARA DNI: 21531629	Huella Digital	
 Firma:		
Apellidos y Nombres: VELA RODRIGUEZ KEYLA MARIBEL DNI: 09646784	Huella Digital	
Fecha:		

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibré**, tamaño de fuente **09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (recuerde las mayúsculas también se usan si corresponde).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.