

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Incidencia de Flebitis en Adultos con Terapia Intravenosa  
en los Servicios de Medicina y Cirugía.  
Hospital Belén Trujillo, 2008**

**TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

Bach. GUTIÉRREZ HUAMAN, SANDRA JEANET.

Bach. MORÁN ALFARO, LEONILA GINA.

**ASESORA:**

Ms. Enf. BETTY CASTRO DE GÓMEZ

**TRUJILLO – PERÚ  
2010**

## **DEDICATORIA**

Con mucho amor y eterna gratitud a Félix mi esposo. José, Gabriel, Joel, Gerardo y Abel mis hijos por su comprensión y apoyo, y haber fomentado en mí el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida y cumplir uno de mis grandes retos: SER ENFERMERA.

A mis queridos padres Estuardo, Andrea y a María quienes me brindaron su apoyo incondicional durante los años de mi formación académica.

**SANDRA**

## **DEDICATORIA**

A mis padres: **VÍCTOR** y  
**REGINA** ejemplo de  
perseverancia y fortaleza, por su  
apoyo constante e incondicional  
en mi educación.... mi gratitud y  
amor infinito para ustedes.

Con mucho cariño y amor a mis  
hermanos: **ANA, ANTONIO** y  
**JOAQUÍN** por ser el gran apoyo en  
mi vida; por compartir momentos  
agradables y por su cariño  
incondicional.

**GINA**

## **AGRADECIMIENTO**

Con amor, respeto a nuestra Asesora Mg. ·  
BETTY CASTRO de GOMEZ, a quien le  
expresamos nuestra admiración y respeto por su  
valiosa orientación para la elaboración del  
presente trabajo.

A nuestros docentes por la ayuda que  
nos brindaron durante nuestra  
formación académica.

**SANDRA Y GINA.**

## TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIAS.....	i,ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
INDICE DE TABLAS DE CONTENIDOS .....	v
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT .....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MATERIAL Y MÉTODO .....	15
III. RESULTADOS .....	22
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	34
V. CONCLUSIONES .....	40
VI. RECOMENDACIONES.....	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42

## **INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS**

### **TABLA N° 01**

PORCENTAJE DE FLEBITIS EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008.

### **TABLA N° 02**

INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SU MOMENTO DE APARICIÓN EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008.

### **TABLA N° 03**

INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SU UBICACIÓN ANATÓMICA EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008.

### **TABLA N° 04**

INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN EL TIEMPO DE PERMANENCIA DEL CATÉTER EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008

### **TABLA N° 05**

INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SEXO Y EDAD EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA HOSPITAL BELÉN TRUJILLO DICIEMBRE – 2008.

## **Lista de Gráficos**

- Grafico N° 1:** PORCENTAJE DE FLEBITIS EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008.
- GRAFICO N° 2:** INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SU MOMENTO DE APARICIÓN EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008.
- GRAFICO N° 3:** INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SU UBICACIÓN ANATÓMICA EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008.
- GRÁFICO N° 4** INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN EL TIEMPO DE PERMANENCIA DEL CATÉTER EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008.
- GRÁFICO N° 5** INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SEXO Y EDAD EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA HOSPITAL BELÉN TRUJILLO DICIEMBRE – 2008.

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, se realizó con la finalidad de determinar la Incidencia de Flebitis en Adultos con terapia intravenosa en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Belén de Trujillo 2008. La muestra estuvo constituida por 70 adultos hospitalizados en los servicios de Medicina y Cirugía; en quienes se observó la presencia de signos y síntomas de flebitis durante cuatro días consecutivos a la inserción del catéter periférico, utilizando una guía en la que se registraron los datos de cada paciente. La confiabilidad de dicha guía de observación se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, cuyos resultados fueron de 0.75 y 0.70. Los resultados de la investigación indican que el 37% de adultos con terapia intravenosa presentaron flebitis, y el 63% no la presentó; asimismo el estudio permitió observar algunos factores que podrían estar al tiempo de permanencia del catéter intravenoso ya que se encontró que un 62% de pacientes presentaron flebitis a las 48 horas de insertado el catéter, a si mismo del total de adultos con flebitis la incidencia según la edad el 46.2% tenían entre 36y 65 años y según sexo el 64.5% fueron de sexo masculino. También se encontró que la incidencia de flebitis fue mayor cuando el catéter fue instalado en el dorso de la mano alcanzando un 39 %.

**PALABRAS CLAVES:** Flebitis, Terapia Intravenosa

## **ABSTRACT**

This paper is a descriptive research was conducted in order to determine the incidence of phlebitis in Adults with intravenous therapy services Medicine and Surgery Hospital Belén de Trujillo 2008. The sample consisted of 70 adults hospitalized in medicine and surgery, in whom we observed the presence of signs and symptoms of phlebitis for four consecutive days peripheral catheter insertion, using a guide which data were recorded each patient. The reliability of the observation guide was determined using Cronbach's alpha coefficient, the results were 0.75 and 0.70. The research results indicate that 37% of adults with intravenous therapy had phlebitis, and 63% did not presented, the study also allowed to observe some factors that may be the residence time of the intravenous catheter was found that 62 % of patients had phlebitis at 48 hours of the catheter, itself of all adults with phlebitis incidence by age 46.2% were between 36 and 65 years by sex and 64.5% were male. We also found that the incidence of phlebitis is higher when the catheters were installed in the back of her hand reaching 39%.

**KEYWORDS:** Phlebitis, Intravenous Therapy

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones intrahospitalarias se han convertido en un problema relevante de salud pública de gran importancia clínica y epidemiológica, debido a que acondicionan altas tasas de morbi-mortalidad incrementando los días de hospitalización y los gastos relacionados con la atención de estos pacientes.

Estas infecciones pueden ser respiratorias, urinarias, digestivas o están asociadas a terapia intravenosa, por la instalación de catéteres centrales, o periféricos, asimismo resultan ser más frecuentes en usuarios hospitalizados que son sometidos a procedimientos invasivos (26).

A nivel mundial se estima que el 5 a 10 % de los pacientes que ingresan a un hospital adquieren una infección que no estaba presente en el momento de ingreso, ante esta realidad ningún establecimiento de salud está exento de esta situación y por supuesto es mucho más serio en los países subdesarrollados, siendo las causas más frecuentes la transmisión por vía directa o indirecta a través de manos y materiales contaminados (7).

Las flebitis ocupan el tercer lugar entre las complicaciones intrahospitalarias en pacientes con terapia intravenosa. Esta complicación causa en el paciente dolor, tumefacción, calor, rubor del canal venoso y los tejidos adyacentes llegando a producirse muchas veces incapacidad funcional del miembro afectado (24).

La etiología de la flebitis parece ser multifactorial, entre ellos el trauma que sufre la vena al administrar una infusión intravenosa, el número de punciones, la técnica de asepsia, el tiempo de permanencia, el material del equipo de infusión utilizado. La flebitis en la terapia intravenosa, es una de las infecciones nosocomiales mas frecuentes según los informes epidemiológicos de las instituciones prestadoras de salud; en nuestro medio se asocia, tanto a la localización de la vía, como a las múltiples intervenciones y fluidos que se administran cuya diferencia del pH y Osmolaridad es marcada con la sanguínea, Así podemos definir la flebitis, como una inflamación de la capa íntima de la vena y sus tejidos adyacentes. Entendiéndose por tejidos adyacentes todo aquello que rodea las venas como son músculos, aponeurosis, tejido subcutáneo y la piel (dermis y epidermis) (2,9).

Existen tres tipos de flebitis dependiendo la causa de su origen, flebitis bacteriana causada por inadecuada práctica de asepsia en la técnica de inserción del catéter, como son: el no lavado de manos, e inadecuada protección del punto de venopunción como deficientes cuidados con el apósito o falta del mismo; el uso de equipos contaminados, y/o infección procedente de otra zona. Flebitis mecánica causada por mala técnica de fijación del catéter que ocasiona movimientos innecesarios del catéter contra la pared venosa, o inserción del catéter en una zona inestable como flexura del codo, articulación de la muñeca etc. La flebitis química; causada por irritación de la pared venosa debido a la administración de fármacos o soluciones ácidas, soluciones hipertónicas, y/o flujo sanguíneo insuficiente alrededor del catéter (2) (18).

Los signos y síntomas de flebitis en la zona de punción, incrementa la sensibilidad o dolor ligero, eritema, hinchazón, cambio de coloración de la piel que va desde rosada hasta violáceo, aumenta el calor de la zona y una ligera induración, potencialmente debilitante, debido a la lesión de la capa íntima de la vena y sus tejidos adyacentes, esto se debe a la administración prolongada de los medicamentos irritantes (19).

Cuando se lesiona los tejidos del cuerpo ya sea por bacterias, traumatismo, sustancias químicas, calor u otros fenómenos, se libera múltiples sustancias que produce cambios tisulares como inflamación caracterizada por: 1) la vasodilatación de los vasos sanguíneos locales, con el consiguiente exceso de flujo sanguíneo local; 2) el aumento de la permeabilidad de los capilares con el paso de grandes cantidades de líquidos de los espacios intersticiales al extracelular; 3) a menudo, la coagulación de líquidos en los espacios intersticiales por una cantidad excesiva de fibrinógeno y de otras proteínas que salen de los capilares; 4) la migración de un gran número de granulocitos y monocitos al tejido; y 5) la tumefacción de las células y algunos de los muchos productos tisulares que provocan esta reacción son la Histamina, la Bradicina, la Serotonina y las Prostaglandinas del sistema de coagulación y múltiples sustancias hormonales llamadas linfocíticas que son liberadas por las células T, activan energéticamente el sistema macrófago, y en pocas horas los macrófagos comienzan a devorar los tejidos destruidos, a veces los macrófagos también lesionan las células que todavía viven (2) (19).

Típicamente en un proceso inflamatorio hay cinco cambios observables: calor, rubor, Tumefacción. Edema, dolor, el calor y el rubor se deben a la vasodilatación de la zona y como consecuencia se produce el aumento del riesgo sanguíneo, la tumefacción proviene del proceso exudativo, en el que pasa suero y leucocitos del torrente sanguíneo hacia el área afectada. Se piensa que el dolor se debe a la estimulación de sus receptores específicos en el área, por algunas sustancias de las células dañadas y posiblemente a la presión del líquido acumulado, por ultimo la limitación funcional se debe a la tumefacción y el dolor (19).

En Chile (2002), en el estudio sobre “Infecciones intrahospitalarias en cirugía electiva: frecuencia y costo” realizado por Hernández donde encontró que el 23.63 % de los pacientes presentaron flebitis. Así mismo, en el estudio “consideraciones sobre la sepsis de infecciones intrahospitalarias en un servicio de geriatría”, reportó 61.91% casos de flebitis, en adultos hospitalizados (10).

En el Perú, en el Hospital Loayza en el año (2003), de Lima se realizó un seguimiento de los indicadores de calidad, entre ellos la incidencia de flebitis asociados a catéter venoso periférico, siendo los 43% pacientes mayores de 50 años y el 57% de pacientes que recibieron medicación endovenosa (3).

El Hospital de Chancay, Lima en el año (2004) se reportó un 57.9% de casos de flebitis en los servicios de medicina y pediatría. Según el Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna en el año (2000), en un estudio

comparativo sobre infecciones intrahospitalarias entre adultos mayores y menores de 60 años, se reportó un 36.4% de casos de flebitis en adultos mayores (14).

En su mayoría los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina y Cirugía reciben dentro de los procedimientos invasivos habituales, la colocación de un catéter intravenoso necesario, para la administración de fluidos, soluciones, medicamentos y transfusiones sanguíneas, como parte de la terapéutica médica. El tiempo de permanencia de estos dispositivos intravenosos en el paciente varía desde unos días hasta varias semanas de acuerdo a la naturaleza y evolución de la patología que presente (2).

La instalación de estos dispositivos (catéter periférico) a la luz de un vaso sanguíneo ofrece entre sus ventajas la sencillez de su colocación por manos expertas y entrenadas de la enfermera; pero al mismo tiempo si estos dispositivos no son manejados con las medidas adecuadas de asepsia, constituyen una ruta potencial de ingreso de microorganismos al torrente sanguíneo; causantes de flebitis infecciosa y en algunos casos ser causa de cuadros de sepsis severa (2).

Por otro lado son diversos los factores que pueden estar asociados a flebitis entre ellos: el incumplimiento de los protocolos de inserción, lugar de inserción, manejo inadecuado de catéteres intravenosos, técnica incorrecta en la administración de medicamentos, así como los días de permanencia de catéter en el paciente y la influencia de la patología propia del paciente, que van acondicionar una mayor incidencia de flebitis en la vena canulada. (2).

Considerando que los pacientes que reciben terapia intravenosa requieren cuidados y evaluaciones continuas aplicando los conocimientos científicos por parte de la enfermera que permita identificar de manera oportuna los problemas reales y potenciales; haremos referencia a algunos trabajos de investigación en los que se analiza variables similares al presente estudio:

Moya y Cabrera en 1998. En el estudio sobre “Frecuencia de Flebitis en pacientes con terapia Intravenosa” realizado en Cuba, aplicado a 94 pacientes con terapia intravenosa, durante 3 meses. Concluye: que de los 94 pacientes el 26.6% desarrolló flebitis. No encontraron diferencias significativas al relacionar la aparición de flebitis con la instalación del catéter, calibre y tipo de catéter, y número de días con un mismo catéter. Se hallaron diferencias estadísticas significativas al relacionar la aparición de flebitis con la zona de punción, destacándose la zona del antebrazo con un porcentaje de flebitis menor incluso en el obtenido en las vías centrales (13).

Así mismo, Deidán y Col. en 1998 en el estudio “Factores que determinan flebitis asociados con la permanencia de catéteres endovenosos por más de 24 horas en pacientes que ingresaron al Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Riobamba” realizado en Ecuador, reportaron que de 70 pacientes que se le instalaron catéter intravenosos el 27% presentó flebitis (4).

Por otro lado, Varela y Col. en 1999 en su estudio de investigación sobre “Flebitis en Terapia Intermedia” realizado en el Hospital Provincial Clínico

quirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cuba, reportaron que 47,27 % presentaron flebitis en un período de 24 a 48 horas, predominando en el grupo cuyas edades estaban comprendidas entre los 50-59 años, siendo la localización de mayor frecuencia la región del antebrazo (22).

Sin embargo en el “Estudio de la evolución de flebitis en enfermos portadores de catéteres venosos periféricos (CVP)”. Realizado en Barcelona- España. Garcia y Col. encontraron que la incidencia de flebitis asociadas a catéter intravenoso periférico era elevada, respecto a otros estudios de referencia, pero esta incidencia no se relacionaba con el tipo de vía, área anatómica de inserción del catéter, ni con los fármacos administrados. La revisión e implantación del nuevo protocolo de inserción y del cuidado del catéter intravenoso periférico, disminuyó significativamente la tasa de flebitis (5).

En el año 2001, Pérez Gónzales Yunielis y Col. al estudiar “La flebitis relacionada con la canalización de venas periféricas en Unidad de Cuidados Coronarios del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Victoria de Girón.” realizado en Cuba, Concluyeron que de 60 pacientes con catéter venoso periférico el 18.3% presentó signos clínicos de flebitis, en 5 casos se desarrolló una flebitis séptica y en 6 casos se desarrolló una flebitis no séptica. El tiempo promedio de aparición de flebitis fue de 3 días. Los gérmenes o microorganismos encontrados fueron enterobacter y estafilococo coagulasa positiva (23).

Pardo y Col. en el 2004 en su investigación descriptivo correlacional “Complicaciones de accesos venosos periféricos” realizado en Argentina, reportaron que de 187 pacientes con vía de inserción periférica, el 14,4% presentó flebitis y el 27% complicaciones como: hematomas, celulitis trombosis (15).

Ferriz y Col. en el 2005 en su estudio “Canalización de vías periféricas en urgencias. Complicaciones” realizado en España, reportaron que de 2160 pacientes con catéter periféricos el 11.2% presentaron flebitis, el 57.79% complicaciones como extravasación y el 48.21% complicaciones por medicamentos (4).

En nuestro país Barrera y Col. en el 2003 al estudiar los “Factores de riesgo extrínsecos asociados a flebitis en pacientes con vía intravenoso periférica” realizado en Lima- Perú, reportaron que la flebitis estuvo asociada a factores de riesgo extrínsecos tales como: lavado de manos, tipo de equipo que se usa, manipulación y mantenimiento de la vía intravenosa periférica, y tiempo de permanencia del catéter en el lumen de la vena (1).

Loyola en el 2004 en el estudio descriptivo correlacional sobre “Relación entre el Manejo de los factores de riesgo con la presencia de flebitis en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina 1-1 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” Lima- Perú, reportaron que del 97% de pacientes con catéter intravenoso el 47% desarrollaron flebitis por inadecuada preparación del material y el equipo

necesario para la venopunción, y el 23% presentó flebitis relacionado con otros factores (11).

Es indudable que estos antecedentes, estén dando la voz de alarma en lo que se refiere a infecciones asociadas a terapia intravenosa, pues los autores consultados señalan que un inadecuado manejo de la vía periférica condiciona la presencia de complicaciones como es la flebitis e incrementa la estancia hospitalaria.

Antes esta realidad y siendo un aspecto importante en la asistencia del adulto enfermo la administración de perfusiones intravenosas, los mismos que implican la participación de la enfermera, quien en incumplimiento de uno de los principios fundamentales de atención es el proteger al individuo contra agentes externos que causan daño o enfermedad; resulta de suma importancia que ella tome conciencia de todos los riesgos que conllevan la instalación y permanencia de una vía periférica; por lo que debe asumir con responsabilidad el cuidado de este tipo de pacientes (1).

Así, para la administración de soluciones se deben tener en cuenta los siguientes factores: localización y estado de la vena, propósito y duración de la terapia, utilizar de preferencia las venas distales de las extremidades superiores avanzando posteriormente hacia las proximales, evitando el uso de las venas de las extremidades inferiores, dado que la circulación en estas venas es más lenta, aumentando el riesgo de flebitis y trombosis.

Por otro lado se debe evitar las áreas de flexión a menos que se inmovilice la articulación para evitar así el desplazamiento del catéter venoso periférico en la vena, que posiblemente podría acordarse y restringir el flujo de líquido. Del mismo modo se habrá de considerar la modalidad de administración del medicamento, es decir si es en bolo o en infusión continua, si la indicación del fármaco es por una vez o se requiere su administración en un período de tiempo, y también las características fisicoquímicas del fármaco (2) (9) (17) (20).

La valoración y el cuidado del punto de inserción del catéter debe realizarse diariamente, prestando atención a los signos de flebitis ya que al instaurar un cuerpo extraño en una vena, existe el riesgo potencial 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 intravenoso así mismo debe recordarse que el riesgo de flebitis aumenta progresivamente a partir del cuarto día de cateterización, y con el uso de infusiones continuas por lo que se limitará en lo posible el número de llaves de triple vía, las cuales se cambiarán cada 48-72 horas y/o siempre que estén sucias (2) (9) (20).

Otro de los aspectos a tener en cuenta es el relacionado al tipo de soluciones a administrar, pues existen soluciones hipotónicas, isotónicas e hipertónicas. Una solución isotónica es aquella que tiene una osmolaridad de 280 mOsm/l, las soluciones hipotónicas como el agua estéril, tiene una tonicidad inferior a 240 mOsm/l, que al pasar al torrente sanguíneo puede producir irritación vascular y

flebitis. Por lo que no resulta apropiado perfundir agua estéril y otras soluciones hipotónicas pudiendo utilizarse para reducir la osmolaridad de los medicamentos (2) (18) (20).

Las soluciones isotónicas como las soluciones de cloruro de sodio al 0.9% y la dextrosa al 5%, tiene una tonicidad entre 240 y 340 mOsm/l. Esta solución resulta apropiada como diluyente y soluciones al perfundir por su equilibrio con el torrente sanguíneo no afecta las células vasculares, el lactato Ringer contiene potasio y calcio, y las soluciones hipertónicas como la dextrosa al 10%, 50%, aminoácidos en solución como aminoplasmal al 5% y 10%, soluciones para el incremento de la osmolaridad extracelular, ya sea para la disminución de la misma o para el manejo de la hipertensión endocraneana tales como manitol y cloruro de sodio al 3% y 5%, estas soluciones hipertónicas están asociadas a flebitis química, irritación vascular y trombosis vascular, por lo que no son aconsejables como diluyentes (2) (27).

Aunque hay una gran disparidad de opiniones, parece que una técnica de colocación inadecuada del catéter, un mayor calibre del mismo, el ph bajo de los líquidos de infusión, la administración de glucosa hipertónica, aminoácidos, lípidos, cloruro potasio, y antibióticos, favorecen la aparición de flebitis en la vena canulada. Para lograr la disminución de la incidencia de flebitis, el Center For Disease Control (Centro para el control de las enfermedades), propuso la rotación periódica de los catéteres venosos periféricos cada 48-72 horas, aunque esta no es una práctica generalizada, ya que no se ha demostrado de forma

convinciente su utilidad. El recambio tiene por objetivo prevenir la infección y se fundamenta en la observación repetida de que la incidencia de sepsis local y bacteriemia aumentan con el tiempo de permanencia del catéter, la bacteriemia de hecho, es una eventualidad excepcional antes de las 72 h. de insertada un catéter (13).

Es importante a la vez resaltar que la técnica de asepsia constituye uno de los pilares fundamentales en la prevención de infecciones hospitalarias, entendiéndose asepsia como ausencia total de microorganismos que pueden causar enfermedad esto incluye, el uso de soluciones, sistemas infusiones u otros insumos que deben estar en optimas condiciones de conservación, fecha de vencimiento o caducidad, frascos íntegros, envolturas íntegras y al manipular poner en practica los principios de asepsia quirúrgica “Las superficies u objetos estériles solo pueden estar en contacto con otros objetos estériles ”(2)

En los hospitales de la localidad se observa el uso frecuente de esta terapia intravenosa, si se parte de la premisa que los equipos, extensiones y llaves de perfusión endovenosa se contaminan por factores intrínsecos o extrínsecos, los utilizados en nuestro medio no escapan a esta situación, por ello es importante conocer objetivamente las posibles consecuencias así como los factores de riesgo que se asocia a la aparición de flebitis (2) (9) (12).

Durante la realización de la práctica pre profesional en el Hospital Belén de Trujillo en los diferentes servicios de hospitalización entre ellos Medicina y

Cirugía, se pudo observar un elevado número de pacientes con terapia intravenosa, que presentaron signos de enrojecimiento, fiebre, dolor en la zona de venopunción. Así mismo se observó una diversidad de formas de manejo de los dispositivos intravenosos, tales como el hecho de que algunos profesionales de enfermería no practican la medida de asepsia al insertar y mantener la vía.

En nuestro medio la trascendencia del profesional de enfermería en relación con las infecciones asociadas con el catéter intravenoso radica en su directa responsabilidad y en el cuidado de los mismo; porque al reconocer los factores de riesgo nos lleva a pensar que pueden ser controlados con una praxis correcta. Ante esta realidad observada surgió la motivación de realizar el presente trabajo de investigación para identificar la incidencia de flebitis en adultos con terapia intravenosa, en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Belén de Trujillo.

Los resultados obtenidos servirán como marco referencial para futuras investigaciones, incrementando así el acervo de conocimientos en la profesión de enfermería. Ser una enfermera que ayuda es una tarea muy difícil y exige más que saber y saber hacer, exige estar con el paciente como con ella misma y con el propósito de contribuir a la disminución de incidencia de flebitis y así mismo se institucionalicé un protocolo unificado del cuidado de catéter intravenosa en adultos hospitalizados para lo cual planteamos el siguiente interrogante.

**¿Cuál es la incidencia de flebitis en adultos con terapia intravenosa en los servicios de Medicina y Cirugía. Hospital Belén de Trujillo 2008?**

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo General:**

- Determinar la incidencia de flebitis en Adultos con Terapia Intravenosa en los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Belén de Trujillo. 2008

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar la incidencia de flebitis según el tiempo de permanencia del catéter.
- Determinar la incidencia de flebitis según su momento de aparición en adultos con terapia intravenosa.
- Determinar la incidencia de flebitis según su ubicación anatómica en los adultos con terapia intravenosa.
- Determinar la incidencia de flebitis según edad y sexo en adultos con terapia intravenosa.

## II. MATERIAL Y METODO

### 2.1. MATERIAL

#### 2.1.1 POBLACION:

El Universo de estudio estuvo constituido por adultos, 100 adultos atendidos con terapia intravenosa en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Belén de Trujillo Julio – Diciembre 2008.

#### 2.1.2 MUESTRA: tamaño y tipo:

Para determinar el tamaño de la muestra y considerando las características de la población y el tipo de estudio se realizó un muestreo aleatorio simple proporcional cumpliendo las exigencias muestrales y utilizando la siguiente fórmula:

Precisión	10%	(d =0.10)
Confianza	95%	(Z =1.96)
Variabilidad	0.47= (p) y 0.53= (1-p)	

Z: Coeficiente asociado a nivel de confianza

P: Posible proporción de ocurrencia del fenómeno en la incidencia de flebitis

q: Posible proporción que no ocurra

d: Error de muestreo

n: Tamaño final de muestra

$$n = \frac{(Z)^2 (p) (q)}{(d)^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.24) (0.76)}{(0.10)^2} = 70$$

El tamaño de la muestra fue 70 adultos hospitalizados que reciben terapia intravenosa.

**Criterio de inclusión:**

- Adultos de 18 a 75 años de edad hospitalizados en Medicina y Cirugía a quienes se le instala una vía intravenosa.
- Adultos con terapia intravenosa recién instalada

**Criterio de exclusión:**

- Adultos que no pertenecen a los servicios de Medicina y Cirugía.
- Adultos Inmunodeprimidos.
- Adultos que han perdido la vía de forma accidental, extravasación u otras causas.
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 76 años hospitalizados en Medicina y Cirugía.

**2.1.3 UNIDAD DE ANÁLISIS:**

La unidad de análisis del presente estudio de investigación estuvo constituida por cada uno de los adultos hospitalizados con terapia intravenosa, en los servicios de Medicina y Cirugía del HBT, Trujillo 2008. Que cumplieron con los criterios de inclusión.

## 2.2 METODO:

### 2.2.1 TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo. (16)

### 2.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION:

	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>M :</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**M :** La muestra de estudio constituido por 70 adultos con terapia intravenosa.

**O :** Observación que se hizo al adulto con terapia intravenosa durante 4 días.

### 2.2.3 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION:

**Variables:** Flebitis en Adultos con terapia Intravenosa

**Definición Conceptual:** Inflamación de la capa íntima de la vena y sus tejidos adyacentes, músculos, aponeurosis, tejidos subcutáneos que presentan los adultos con terapia intravenosa (21).

## **OPERACIONALIZACION:**

### **SUBCATEGORÍAS:**

- **Flebitis según el momento de aparición:**

Presencia de signos y síntomas de flebitis en un periodo de duración de 24 a 72 horas.

- **Flebitis según su ubicación anatómica:**

Presencia de signos y síntomas de la flebitis en la zona de venopunción (área de tejido afectado).

- **Según edad y sexo:**

Edad: Es la etapa en la cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico y gran desenvolvimiento social y emocional.

Sexo: Tiempo cronológico de vida del adulto con rasgos fenotípicos que se expresa solo en hombres y mujeres.

- **Tiempo de permanencia:**

Período transcurrido desde la instalación de un catéter periférico hasta la retirada del mismo (48-72 horas)

## **2.2.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:**

La recolección de datos se realizó a través de la observación directa a cada uno de los adultos con terapia intravenosa, desde el momento de la instalación de la terapia intravenosa, haciendo el seguimiento durante 4 días consecutivos en turnos de mañana, tarde y noche. Datos que fueron registrados en la guía. (Anexo N° 1).

La guía de observación permitió recolectar datos sobre flebitis en adultos con terapia intravenosa, la cual constó:

**I.- Datos Generales:** (servicio, edad, sexo)

**II.-Datos Observables:**

- Signos y síntomas de flebitis .....4 ítems
- Tiempo de la permanencia del catéter:.....4 ítems
- Zona de ubicación de flebitis: ..... 4 ítems
- Tiempo de aparición de flebitis: .....4 ítems

**Validez:** La validación del instrumento se realizó a través de Juicio de Expertos o Critico de Jueces, donde el instrumento fue evaluado por enfermeras que laboran en los servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia y Sala de Operaciones del Hospital Belén de Trujillo y Regional, quienes revisaron emitiendo sus observaciones y sugerencias, las mismas que fueron tomadas en cuenta, haciéndose las correcciones respectivas.

**Confiabilidad:** Para la medición del nivel de confiabilidad del instrumento se utilizo el coeficiente “Alpha de Cronbach” el cual permitió estimar la congruencia y consistencia interna u homogeneidad de una medición integrada por varios elementos o sus partes a partir de sus correlaciones. Se valoraron los ítems del instrumento diseñado con la finalidad de medir la incidencia de flebitis en pacientes con terapia

intravenosa. Así mismo éste permitió evaluar y diagnosticar la fiabilidad de una realidad, obteniendo resultados similares al aplicar dos o más veces al mismo grupo de individuos.

Para este caso el Alfa de Cronbach es de 0.75 mayor que 0.70 por lo tanto proporciona una estimación válida de la confiabilidad del instrumento validado.

#### **2.2.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con sujetos humanos:**

La Guía de Observación directa a los adultos con terapia intravenosa, fue confidencial. Garantizando su anonimato. La proliferación de investigaciones realizadas con sujetos humanos ha generado similar preocupación y dando lugar también a controversias en materia de ética, relacionadas con la protección de los derechos de los participantes en las investigaciones. Las investigaciones que involucran a sujetos humanos requieren de una detenida consideración de los procedimientos que habrán de aplicarse para proteger sus derechos. En vista que la investigación científica no siempre se ha realizado de manera acorde a la ética y en respuesta a los genuinos dilemas éticos que los investigadores suelen enfrentar al diseñar estudios que cumplan al mismo tiempo con los requerimientos de la ética y al rigor científico, se han creado códigos éticos para guiar su labor, los tres principios éticos primordiales son:

Principio de Beneficencia: Primer principio cuya mayor importancia es no dañar ni física ni psicológicamente al investigado.

Principio de Respeto: que comprende el derecho de la autodeterminación y el conocimiento y irrestricto de la información.

Principio de Justicia. La información obtenida se mantendrá en la estricta confidencialidad a través del anonimato.

#### **2.2.6.- PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:**

Los datos recolectados fueron procesados en el software SPSS, versión 14,4 presentados en cuadros de distribución de frecuencias de una y doble entrada con sus valores absolutos y relativos, y gráficos correspondientes.

# **III.- RESULTADOS**

**TABLA N° 01. PORCENTAJE DE FLEBITIS EN ADULTOS CON  
TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y  
CIRUGÍA DEL HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008**

---

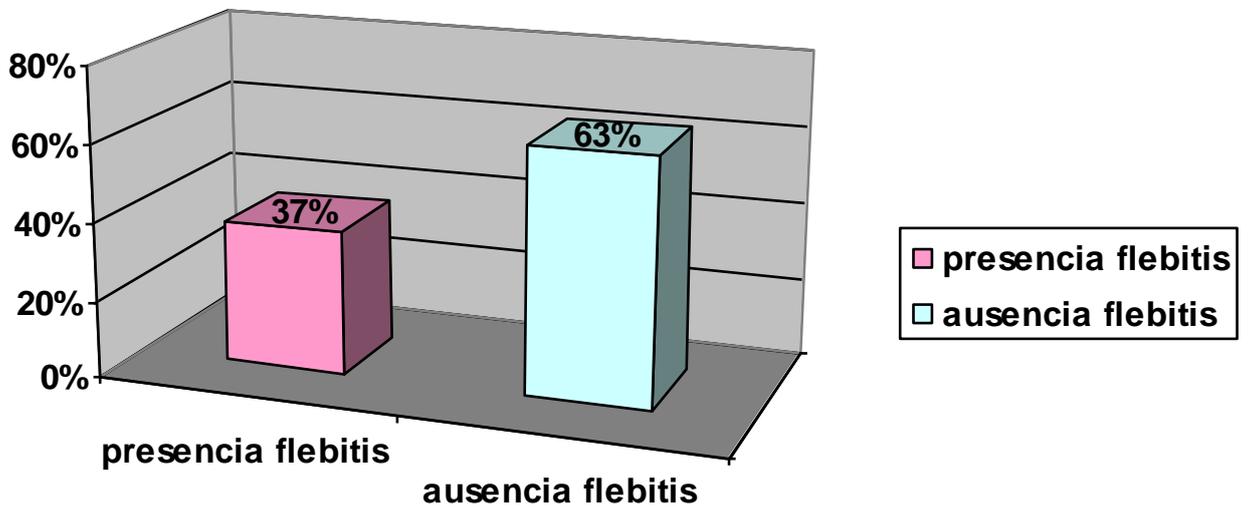
<b>FLEBITIS</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>PRESENCIA</b>	<b>26</b>	<b>37 %</b>
<b>AUSENCIA</b>	<b>44</b>	<b>63 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100 %</b>

---

**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.  
Hospital Belén de Trujillo.

**GRAFICO 01**

**PORCENTAJE DE FLEBITIS EN ADULTOS CON TERAPIA  
INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DEL  
HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008**



**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.

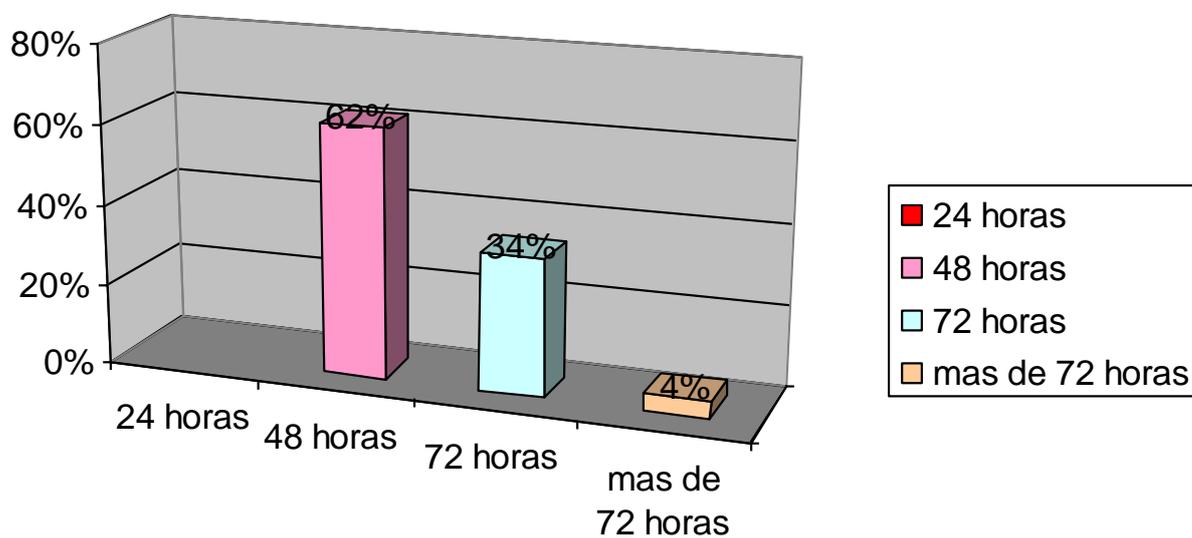
Hospital Belén de Trujillo.

**TABLA N°02. INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN EL MOMENTO DE APARICION EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL BELEN TRUJILLO – JULIO 2008**

<b>Momento de aparición de flebitis</b>	<b>Adultos con Flebitis</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>24 horas</b>	-	-
<b>48 horas</b>	16 adultos	<b>62%</b>
<b>72 horas</b>	9 adultos	<b>34 %</b>
<b>&gt; de 72 horas</b>	1 adultos	<b>4 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>26 adultos</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.  
Hospital Belén de Trujillo.

**GRÁFICO N° 2 INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SU MOMENTO DE APARICION EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL BELEN TRUJILLO – JULIO 2008**



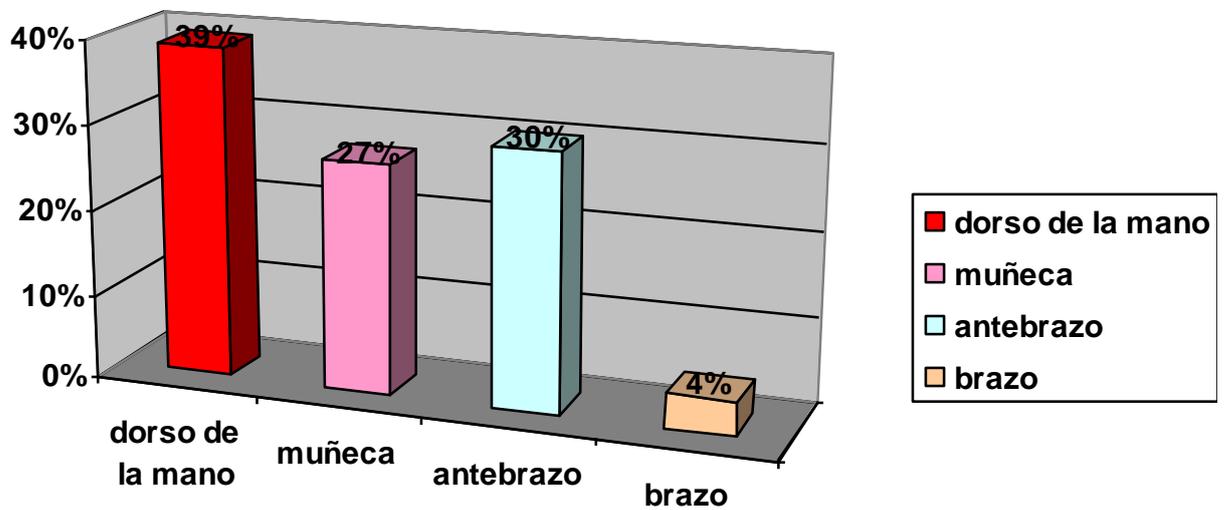
**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.  
Hospital Belén de Trujillo.

**TABLA N° 03. INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SU UBICACIÓN ANATOMICA EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008**

<b>Ubicación Anatómica</b>	<b>N° Adultos</b>	<b>%</b>
<b>Dorso de la mano</b>	10	<b>39%</b>
<b>Muñeca</b>	7	<b>27%</b>
<b>Antebrazo</b>	8	<b>30%</b>
<b>Brazo</b>	1	<b>4%</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.  
Hospital Belén de Trujillo.

**GRAFICO N° 3 INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SU UBICACIÓN ANATOMICA EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008**



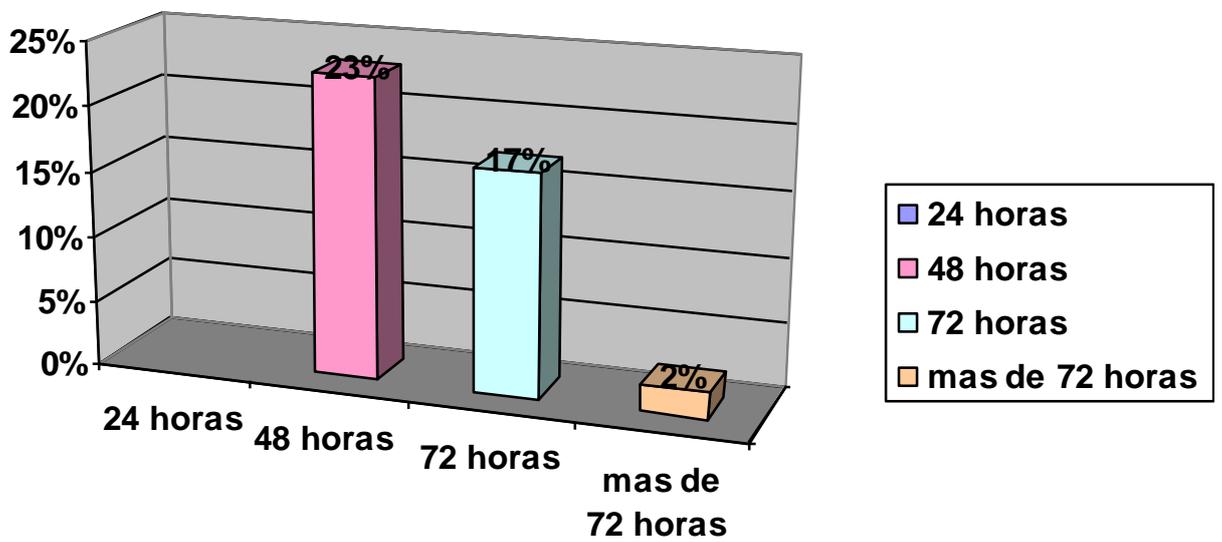
**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.  
Hospital Belén de Trujillo.

**TABLA N° 04. INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN EL TIEMPO DE  
PERMANENCIA DEL CATETER EN ADULTOS CON TERAPIA  
INTRAVENOSA SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA HOSPITAL  
BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008**

<b>Permanencia del Catéter</b>	<b>Presentaron Flebitis</b>		<b>No presentaron Flebitis</b>	
<b>24 horas</b>	-----	-----	-----	-----
<b>48 horas</b>	16	23%	54	77%
<b>72 horas</b>	9	17%	45	83%
<b>Mayor de 72 horas</b>	1	2%	44	98%

**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.  
Hospital Belén de Trujillo.

**GRÁFICO N° 4 INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN EL TIEMPO DE PERMANENCIA DEL CATETER EN ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA HOSPITAL BELÉN TRUJILLO – JULIO 2008**



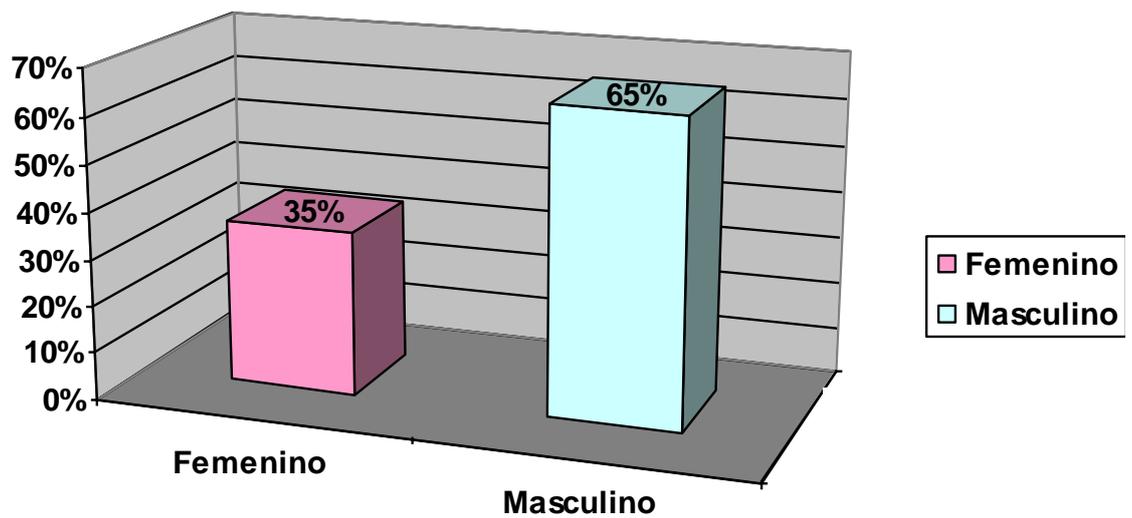
**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.

**TABLA N° 05 INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SEXO Y EDAD DE  
LOS ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS  
DE MEDICINA Y CIRUGIA HOSPITAL BELÉN TRUJILLO  
DICIEMBRE – 2008**

<b>CARACTERISTICA</b>	<b>PACIENTE</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>S</b>	<b>S</b>	<b>S</b>
<b>TOTAL</b>	26	100%
<b>Sexo</b>		
<b>Femenino</b>	09	35%
<b>Masculino</b>	17	65%
<b>EDAD AÑOS</b>		
<b>18-35</b>	08	31%
<b>36-65</b>	12	46.%
<b>65 a mas</b>	06	23.%

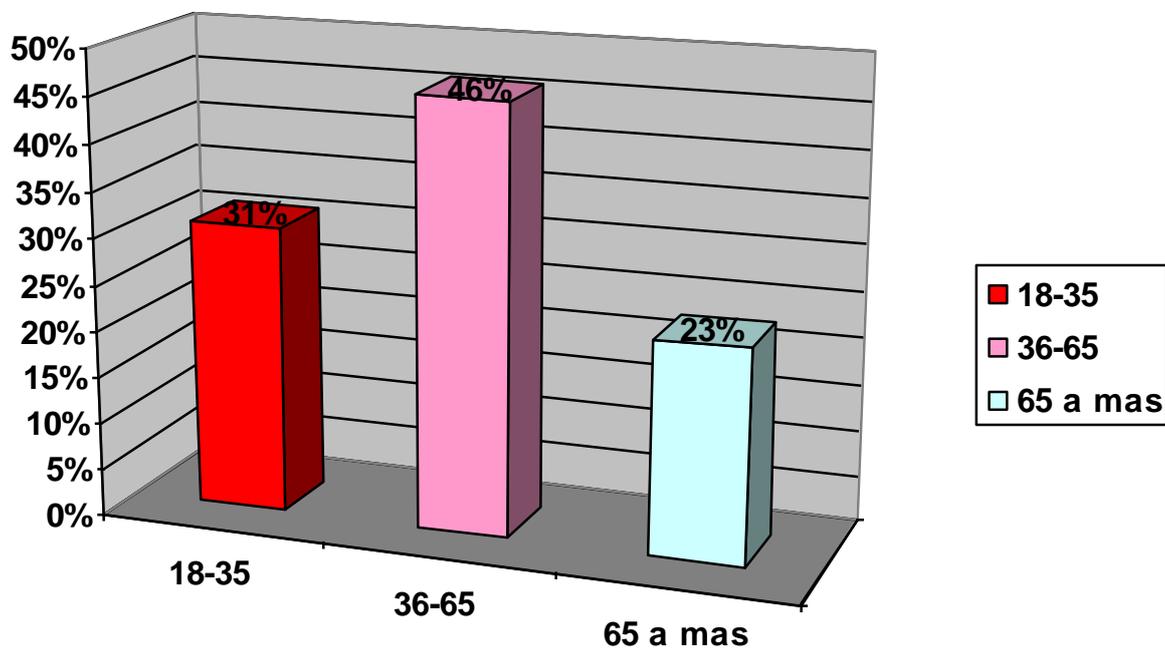
**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.  
Hospital Belén de Trujillo.

**GRAFICO N° 5 INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SEXO Y EDAD DE  
LOS ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS  
DE MEDICINA Y CIRUGIA HOSPITAL BELÉN TRUJILLO  
DICIEMBRE – 2008**



**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.  
Hospital Belén de Trujillo.

**GRAFICO N° 5 INCIDENCIA DE FLEBITIS SEGÚN SEXO Y EDAD DE  
LOS ADULTOS CON TERAPIA INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS  
DE MEDICINA Y CIRUGIA HOSPITAL BELÉN TRUJILLO  
DICIEMBRE – 2008**



**Fuente:** Guía de Observación en pacientes adultos con terapia intravenosa.  
Hospital Belén de Trujillo.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación nos permiten evaluar en el adulto con terapia intravenosa la presencia o ausencia de flebitis en una muestra de 70 pacientes, hospitalizados en el Hospital Belén de Trujillo.

Diversos estudios han demostrado que un manejo inadecuado del catéter intravenosa conlleva a un riesgo de infecciones intrahospitalarias, como la incidencia de flebitis que es un problema de elevada frecuencia en nuestro medio y el motivo de preocupación quizás el más importante de la práctica cotidiana de la enfermera (2) (24).

**Tabla N° 01**, En relación al porcentaje de flebitis en adultos con terapia intravenosa en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Belén Trujillo – Julio 2008. Se encontró que en una muestra de 70 pacientes adultos hospitalizados y con terapia intravenosa el 37% presentaron flebitis y el 63% no presentó es decir tuvo ausencia de flebitis; estos resultados se asemejan a lo encontrado por Pérez González Yunielis y Col. En su estudio “La flebitis relacionada con la canalización de venas periféricas en Unidad de Cuidados Coronarios del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Victoria de Girón.” en Cuba, reportaron que de 60 pacientes con catéter venoso periférico el 18.3% presentó signos clínicos de flebitis, en 5 casos se desarrolló una flebitis séptica y en 6 casos se desarrolló una flebitis no séptica.(23)

Esto nos indica que hay un porcentaje todavía no superado por parte del profesional de enfermería, que tiene una función básica en el cuidado del adulto con terapia intravenosa y que según lo observado probablemente los factores causales serían, una praxis inadecuada de asepsia tanto en la canalización, manipulación y mantenimiento de la vía periférica,

La administración de perfusiones intravenosas, implica la participación de la enfermera, quien en cumplimiento de los principios fundamentales de enfermería debe proteger al individuo contra agentes externos que causan daño o enfermedad, resulta de suma importancia que ella tome conciencia de los riesgos que conlleva la instalación y permanencia de una vía periférica y valorar los signos clínicos de flebitis cada día contribuyendo así a la disminución de flebitis.

**Tabla N° 02,** Incidencia de Flebitis según el momento de aparición en adultos con terapia intravenosa en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Belén Trujillo – Julio 2008. Encontramos el 62% de adultos con flebitis lo manifestó a las 48 horas de instalada la vía. Esto se asemeja a lo encontrado por Varela y Col, en su estudio sobre “Flebitis en Terapia Intermedia” Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Doctor Gustavo Aldereguia” cuba reportaron que el 47.27% presentaron flebitis en un periodo de 24 a 48 horas (22).

La valoración y el cuidado del punto de inserción del catéter debe realizarse diariamente, presentando atención a los signos de flebitis ya que al instaurar un

cuerpo extraño en una vena, existe el riesgo potencial que se produzca una reacción inflamatoria por lesión del endotelio, por esta razón es de gran importancia determinar si es realmente necesario la implantación de un catéter intravenoso. Así mismo se debe recordar que el riesgo de flebitis aumenta progresivamente a partir del tercer día de cateterización, se limitara en lo posible el numero de llaves de triple vía las cuales se cambiaran cada 48-72 horas y/ o siempre que estén sucios (2)(9)(20).

Para lograr la disminución de la incidencia de flebitis, el Centro para el control de las enfermedades (Center For Disease Control), propuso la rotación periódica de los catéteres venosos periféricos cada 48-72 horas, aunque esta no es una práctica generalizada, ya que no se ha demostrado de forma convincente su utilidad. El recambio tiene por objetivo prevenir la infección y se fundamenta en la observación repetida de casos con sepsis local y bacteriemia que aumentan con el tiempo de permanencia del catéter, la bacteriemia de hecho, es una eventualidad excepcional antes de las 72 h. de insertada un catéter (13).

**Tabla N° 03,** incidencia de flebitis según ubicación anatómica en adultos con terapia intravenosa en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Belén Trujillo – Julio 2008. Se observa que del total de adultos con flebitis, el 39% tenia instaladala vía periférica en el dorso de la mano: resultados que se asemejan a lo reportado por Moya y Cabrera en su estudio sobre “Frecuencia de Flebitis en pacientes con Terapia Intravenosa”, quien encontró un 26.6% de flebitis en el dorso de la mano (13).

Esto nos indicaría la presencia de flebitis mecánica causada por movimientos del catéter contra la pared venosa, inserción del catéter en una zona inestable (dorso de la mano), donde habría una fijación incorrecta del catéter, es por ello que se debe evitar utilizar zonas de flexión a menos que se inmovilice la articulación, para evitar el desplazamiento del catéter venoso periférico en la vena, que posiblemente podría causar el retorcimiento del catéter, restringiendo el flujo de líquido (13).

En nuestros días es imposible negarse a reconocer la imperiosa necesidad de desarrollo en la atención al adulto con terapia intravenosa en sus múltiples y complejas facetas, por lo cual la enfermera debe poner en práctica protocolos de inserción y manejo de catéter intravenoso ya que una praxis correcta y una protocolización de los cuidados se disminuiría mas los porcentajes de flebitis.

**Tabla N° 04,** incidencia de flebitis según el tiempo de permanencia del catéter en adultos con terapia intravenosa en los servicios de medicina y cirugía Hospital Belén Trujillo – Julio 2008. Encontrándose que a las 48 horas de instalado el catéter presentaron flebitis en un porcentaje significativo, estos resultados son similares a los encontrados en la tabla 2 esto nos indica que la flebitis hoy en día esta relacionado con el tiempo de permanencia y cuidados del catéter intravenoso, es por ello, que la enfermera debe valorar diariamente el punto de inserción con el objetivo de vigilar enrojecimiento y calor local para detectar a tiempo posibles complicaciones como la flebitis, así mismo se

recomienda vigilarlos materiales del catéter intravenoso que puede ser de teflón, poliuretano, silicona porque se asocian a menos complicaciones infecciosas, la enfermera cumple un papel valioso en el cuidado y mantenimiento de dicho dispositivos con el único fin de prevenir las infecciones intrahospitalarias y la incidencia de flebitis mejorando la calidad de vida y disminuyendo así la estancia hospitalaria (22).

**Tabla N° 05,** Incidencia de flebitis en adultos con terapia intravenosa según edad el 46.2% están entre 36 y 65 años y según sexo el 65.4% son de sexo masculino. Esto difiere a lo encontrado por Ismael Varela y Col. en 1999 en su investigación descriptiva correlacional de corte transversal sobre “Flebitis en Terapia Intermedia” Hospital Provincial Clínico quirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba, reporta, que de 60-69 años el 21,82 % desarrollaron flebitis, (22) Esto nos demuestra que la flebitis que presenta el grupo de adultos de mediana edad confirma con lo que nos dice la literatura donde los adultos jóvenes y de mediana edad poseen mejores sistemas inmunológicos pero no están exentos de algún riesgo de infección y en cambio los ancianos las respuestas inmunológicas se debilitan, la estructura y función de los principales órganos sufren cambios (22).

En conclusión los grupos etáreos más vulnerables para desarrollar flebitis son los paciente mayores de 60 años, esto debido a la baja de defensas y la pérdida de la elasticidad de la capa intima de los vasos así mismo no olvidar que

la elección del número del catéter de elección para la canalización es de vital importancia por que cuando más delgada sea la luz del catéter y a la vez el de la vena el medicamento roza con mayor agresión la capa íntima de la pared venosa con mayor presión causando flebitis.

## CONCLUSIONES

1. Se encontró que el 37% de adultos con terapia intravenosa presentaron flebitis y el 63% no presento flebitis.
2. Del 100% adultos que presentaron flebitis el 62% lo presento a las 48 horas de instalada la vía periférica.
3. El 46.2% de flebitis pertenece a adultos de 36-65 años de edad y el 65.4% a adultos de sexo masculino.
4. Del 100% de adultos con flebitis el 39% tenia instalada la vía periférica en el dorso de la mano.

## **RECOMENDACIONES**

1. Supervisar la aplicación de protocolos en el cuidado del usuario que reciben terapia intravenosa.
2. Se realiza seguimiento a los pacientes portadores de una vía periférica.
3. Considerar los resultados de la investigación para la elaboración de protocolos, programas de capacitación sobre los factores que contribuyen a la presencia de flebitis y mejorar los cuidados que debe tener durante la inserción y el mantenimiento de la vía intravenosa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BARRERA, B. “Factores de riesgo extrínsecos Asociados a Flebitis en pacientes con Vía Intravenosa periférica”. Tesis para optar el título de lic. en Enfermería Universidad Peruano Cayetano Heredia 2003.
2. BRUNNER, L. y SMITH, D. Enfermería medico quirúrgica. 9a ed. Vol. I Ed. Interamericana. MC Graw. Hill S.A., México 2002. p. 94, 95, 172, 173, 277.
3. DEIDÁN, M. y Col. “Factores que determinan flebitis asociados con la permanencia de catéteres endovenosos por más de 24 horas en pacientes que ingresaron al Hospital IESS-Riobamba” Brasil. 1998
4. FERRIZ y Col. en el 2005 en su estudio descriptivo correlacional “Canalización vías periféricas en urgencias. Complicaciones “ España
5. GARCÍA y Col. “Estudio de la evolución de flebitis en enfermos portadores de catéter venoso periféricos (CVP)” hospital de la Sta Creui Sant Pau, Barcelona – España 2001.
6. Guía de manejo de asepsia y antisepsia. URL: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeri5302contenido.htm>. Fecha de Consulta: 15-09-2007
7. Cutie, Oscar y Cols. <HTTP://www.monografias.com/trabajos14/InfecciIntra/Infeccio.Shtml> Infecciones Intrahospitalaria como causa de muerte. 2003.
8. <HTTP://www.abbott.com.pe/insertos/hospi/vancomicina.pdf>. 2002. Fecha de consulta: 11-01-08.
9. HALMITON, H. y ROSE, Manual de procedimientos de Enfermería. ed. 1º

- Ed. Interamericana, México 1986.p. 265, 274 – 276
10. HERNÁNDEZ y Col. Infecciones Intrahospitalarias en cirugía electiva: Frecuencia y Costo, Rev. Chilena de Cirugía, Vol. 54 N° 4, Agosto 2002, p. 362 – 367.
  11. LOYOLA, L. “Relación entre el manejo de los factores de riesgo con la presencia de flebitis en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina 1-1 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” Lima Perú. 2004
  12. MAKI, D. Prevención de la Infección en venoclisis prolongada. Tribuna Médica tomo I, 1983. p. 3 – 9
  13. MOYA y CABRERA. Frecuencia de flebitis en pacientes con terapia intravenosa. 2001
  14. OLIVERA y Col. Boletín de la sociedad peruana interna Vol. 13 N° 4. Estudio comparativo sobre infecciones intrahospitalarias entre adultos mayores y adultos menores de 60 años. 2000
  15. PARDO y Col. 2004 “Complicaciones de Accesos Venoso Periféricos” Argentina
  16. PINEDA, B. y CANALES. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud. ed. 2a, Ed. OPS. Washington. 1994. p. 80 – 85.
  17. PÉREZ, C. y FERNÁNDEZ, A. Protocolo de lavado de manos .El Escorial de Madrid. URL: <http://www.> Protocolo de lavado de manos. Fecha de Consulta: 15- 09-2007.
  18. Principio de urgencia, emergencia y cuidados críticos. Cáp. 6.2. Fluidoterapia. URL: <http://www.uninet.edu/tratado/co60205.html>. Fecha de Consulta: 20 -

08-2007.

19. Proceso Inflamatorio. URL <http://www.canariasdeportiva.com/index.php>.

Fecha de Consulta: 15- 09-2007.

20. Revista electrónica semanal de enfermería, Enfermería: Canalizaciones periféricas, Atención, Cuidados, Mantenimiento y Complicaciones.

Noviembre 2006, URL: <http://www.um.es/egobal>. Fecha de Consulta: 26-08-2007

21. TABER`S, Diccionario Medico Enciclopédico Ed. Interamericana. MC Graw. Hill Madrid – España. 1997

22. VARELA y Col. “Flebitis en terapia intermedia”, Hospital provincial Clínico quirúrgico Docente “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cuba 1999.

23. YUNIELIS, P. y otros. “Flebitis relacionada con la canalización de venas periféricas en UCCI del ICCV” Enero 1998 – Marzo 2001 Cu.

24. ROSSENTAL. Revista Médica: “Medidas para la prevención de Infecciones relacionada a catéteres vasculares “, Julio 1999.

25. <http://www.larepublica.pe/com/buenasalud02/02/09IHH>.

26. <http://www.infermeravirtual.com/es-es/situaciones-devida/aduldez/informacion-general.html>

27. Principios de Urgencia Emergencia y cuidados críticos. Cap. 6.2 Fluidoterapia URL.[hpt//www.uninet.edu/tratado/c06205.html](http://www.uninet.edu/tratado/c06205.html). Fecha de consulta: 20-08-2009.

28. Complicaciones de la terapia intravenosa como causa de la prolongación de la estancia hospitalaria, Enfermería científica. 1992. Pág. 118, 20, 21.

# **ANEXOS**



**ANEXO 1**  
**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA DETERMINAR LA  
 INCIDENCIA DE FLEBITIS EN PACIENTES ADULTOS CON  
 TERAPIA INTRAVENOSA**

**I.- DATOS GENERALES:**

Servicio: .....  
 Edad: ..... Sexo: .....

**II.- DATOS OBSERVABLES:**

Fecha de Inserción del catéter.....

<b>Signo y síntomas de flebitis</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Calor			
Rubor			
Dolor			
Tumefacción en el trayecto de la vena.			
<b>Tiempo de permanencia del catéter y/o equipo, sistemas, llaves</b>			
A las 24 horas			
A las 48 horas			
A las 72 horas			
Más de 72 horas			
<b>Zona de ubicación de la flebitis</b>			
Dorso de la mano	Izquierdo		
	Derecho		
En la muñeca	Izquierdo		
	Derecho		
En el antebrazo	Izquierdo		
	Derecho		
Flexura de codo	Izquierdo		
	Derecho		
<b>Tiempo de aparición de flebitis</b>			
24 horas			
48 horas			
72 horas			
Más de 72 horas			

