



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA ADULTO Y ANCIANO



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN USUARIOS
PORTADORES DE CÁTETER
VESICAL EN EL HOSPITAL “DR. MANUEL
QUINTENA” EN LAS CLÍNICAS MÉDICAS A, B, C
DEL DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO EN EL
PERÍODO DE JUNIO-AGOSTO DE 2008**

AUTORES:

Br. Bica, Nancy
Br. Bonilla, Emilia
Br. Cardozo, Solange
Br. Perdomo, Leticia
Br. Rodríguez, Claudia

TUTORES:

Prof. Adj. (s) Cánepa, Nancy
Prof. Adj. (s) Silva, Isabel
Prof. Adj. Venegas, Jorge

**Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay**

Montevideo, 2008

Agradecimientos:

- **Docente Espina, Rosa**
- **Lic. Enf. jefe de Piso 12, Lalane, Marcela**
- **Lic. en Enf. Guerra, Silvia**
- **Lic. en Enf. Dutra, Liliana**
- **Lic. En jefe de Piso 9, Bagnasco, Beatriz**
- **Lic. en Enf. Ramos, Nibia**
- **Lic. En Enf. Cheeffe, Nilda**
- **A todo el personal de Enfermería de las Clínicas Medicas A, B y C del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"**

Abreviaturas

Adjto. Adjunto
(s) Subrogante
Br. Bachiller
Dr. Doctor
CI. Cedula de Identidad
Lic. Licenciada
Aux. Auxiliar
Enf. Enfermera
BC. Bolsa Colectora
H.C. Historia Clínica
Oper. Operador
Téc. Técnica
RRHH. Recursos Humanos
RRMM. Recursos Materiales
cc. Centímetros cúbicos
%. Porcentaje
Ej. Ejemplo
SV. Sonda Vesical
Aprox. Aproximadamente
Nº. Número

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Fundamentación.....	4
Metodología.....	6
Marco Teórico.....	8
Variables.....	16
Análisis de los resultados.....	19
Conclusión.....	22
Propuesta.....	23
Bibliografía.....	24
Anexos.....	25

Resumen

Las infecciones intrahospitalarias constituyen una de las complicaciones más frecuentes en la actualidad de la asistencia, lo cual tiene una importante trascendencia a nivel institucional al aumentar los días de internación y costos en el tratamiento así como también genera desconcierto y angustia en el usuario.

Considerando los beneficios de tratar el tema y que hasta el momento no se cuenta con trabajos acerca del mismo. El departamento Clínico de Medicina del Hospital "Dr. Manuel Quintela" elabora un *Programa para el cambio de conductas de riesgo y control de las infecciones intrahospitalarias...*, en el cual participa la Facultad de Enfermería mediante estudios de investigación de los estudiantes. De dicho programa nos insertamos en la fase uno de pre intervención y dentro de la misma nos enfocamos a los cuidados del personal de enfermería en usuarios portadores de catéter vesical.

Por todo ello se planteó el presente estudio con el objetivo, de conocer e identificar aquellos cuidados del personal de enfermería a usuarios portadores de catéter vesical que no concuerdan con los manuales elaborados por la División de Enfermería: "Manual de Procedimientos Técnicos"¹ y Manual de Enfermería en Urología^{2a}

El estudio descriptivo abarca a la población de Licenciadas y Auxiliares de enfermería, que desempeñan tareas en las clínicas médicas A, B y C, durante cuatro semanas. Como método de recolección de datos se utilizaron dos guías de observación: Cuidados en la colocación y/o recambio del catéter vesical y Cuidados en la manipulación del circuito.

Como resultado, se obtuvo un rango de 55% lo cual equivale a un cuidado medianamente adecuado en la técnica de colocación y/o recambio de catéter vesical y un rango de 38% correspondiente a un cuidado inadecuado del catéter vesical en la manipulación.

Creemos que la intervención de enfermería a usuarios con catéter vesical, mediante una utilización correcta de la técnica aséptica en la colocación y manipulación del circuito disminuyen las posibles complicaciones que pueden resultar del mal manejo del circuito.

¹ Hospital de Clínicas. Div. de Enf. "Manual de Procedimientos Técnicos" Año 2003.

²Hospital de Clínicas. Div. de Enf. "Manual de Enfermería en Urología "Año 2001.

Introducción

El presente estudio es elaborado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería cumpliendo con la exigencia curricular, correspondiente al noveno semestre de la carrera Licenciatura en Enfermería generación 2004.

Las infecciones intrahospitalarias constituyen una de las complicaciones más frecuentes en la actualidad de la asistencia a usuarios hospitalizados, este adquiere una importante trascendencia a nivel institucional al aumentar los días de internación y costos en el tratamiento así como también genera desconcierto y angustia en el usuario.

El Hospital "Dr. Manuel Quintela" a través de su Comité de Infecciones, a realizado encuesta de prevalencia en áreas claves como Centro de Tratamiento Intensivo, Áreas Quirúrgicas y Neonatología³.

Considerando los beneficios de tratar el tema y que hasta el momento no se cuenta con trabajos acerca del mismo en las clínicas médicas de dicho nosocomio. Motivo por el cual el departamento Clínico de Medicina del Hospital "Dr. Manuel Quintela" elabora un *"Programa para el cambio de conductas de riesgo y control de las infecciones intrahospitalarias en el departamento clínico de medicina"*⁴, en el cual participa la Facultad de Enfermería mediante estudios de investigación de los estudiantes. En este programa nos insertamos en la fase uno de pre intervención y nos enfocamos a los cuidados del personal de enfermería en usuarios portadores de catéter vesical.

Como punto de partida para este estudio (descriptivo), se elaboran dos guías de observación; una sobre "colocación del catéter vesical" y otra sobre "manipulación del catéter vesical" por parte de enfermería (Anexo), las cuales se aplicaron durante cuatro semanas en las clínicas médicas de dicha institución. Previo a la aplicación de los instrumentos se realizó una prueba de campo para los ajustes correspondientes, así como unificar criterios entre los observadores.

³Hospital de Clínicas "Estudio de prevalencia de infecciones hospitalarias" noviembre 2007.

⁴Hospital de Clínicas. Clínicas Médicas " Programa para el cambio de conductas de riesgo y control de las infecciones intrahospitalarias en el departamento clínico de medicina"

Toda labor de los profesionales de la salud se basa en el cuidado del usuario, pero particularmente el de los profesionales de enfermería, por lo que cada vez más se intenta optimizar los cuidados a usuarios portadores de catéter vesical con el fin de brindar una atención calificada y de esta manera disminuir las posibles complicaciones.

Nos interesa conocer cuales son los cuidados de enfermería en usuarios portadores de catéter vesical en dichas clínicas, a efecto de compararlos con los manuales de "Manual de Procedimientos Técnicos"⁵ y "Manual de Enfermería en Urología"⁶ elaborados por la División de enfermería de dicho nosocomio.

⁵ Hospital de Clínicas. Div. de Enf. "Manual de Procedimientos Técnicos" Año 2003.

⁶ Hospital de Clínicas. Div. de Enf. "Manual de Enfermería en Urología"

Fundamentación

Las Infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan cada año a cientos de millones de personas en todo el mundo, representan el desafío mayor para el personal de salud de un centro hospitalario. Tienen una incidencia variable, pero constituyen un indicador de calidad de salud y no se considera un hospital eficiente si tiene alta incidencia de las mismas. Los pilares fundamentales para controlarlas son: la educación continua y la vigilancia epidemiológica.

En México se informó una tasa de un 20% en los egresos, en Estados Unidos un promedio de un 5 %, dichas cifras se incrementan en áreas de alto riesgo como cuidados intensivos y áreas quirúrgicas⁷.

A nivel Nacional, según datos del Ministerio de Salud Pública del año 2007, la proporción de las infecciones intrahospitalarias por localización específica, en un total de 694 IH, son: neumonías 35%, Bronquitis 24%, infecciones del tracto urinario 22%, bacteriemias 13%, vasculares 3% y otros 3%. Con respecto a la tasa de infecciones urinarias asociada a sonda vesical, en las unidades médicas quirúrgicas se obtuvieron datos de una media país de 6.9 infecciones del tracto urinario por mil días-catéter vesical.

La infección urinaria es la más común de las infecciones nosocomiales, representan un 23-30% del total de las infecciones adquiridas durante la estadía. Tienen una prevalencia del 2% y aumenta la estadía hospitalaria una media de 4 días, teniendo en cuenta que la presencia del catéter vesical constituye el factor más influyente para desarrollarla. No todas las infecciones urinarias asociadas a catéter pueden ser prevenidas, pero si es posible disminuir aproximadamente un 30% las complicaciones infecciosas del mismo, al realizar los procedimientos en forma adecuada⁸.

Desde la concepción del modelo de cuidado propuesto por Virginia Henderson que formula catorce necesidades fundamentales del individuo, la necesidad de eliminar es la tercera y esta definida como: "La necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las

⁷ Hospital de Clínicas. Clínicas Médicas " Programa para el cambio de conductas de riesgo y control de las infecciones intrahospitalarias en el departamento clínico de medicina"

⁸ Facultad de Enfermería. Centro de Pos grado. Curso atención a usuarios con catéter Vesical junio 2008 "Intervenciones de enfermería en prevención infecciones urinarias en pte. Con catéter vesical. Lic. Tóndade.G.

sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo², y es a través, principalmente de la orina, la transpiración, la espiración y las heces, como se logra la excreción de esas sustancias.

Para satisfacer esta necesidad, el individuo necesita mantener la homeostasis de los sistemas involucrados en esta función, que para el caso de la orina es el sistema genitourinario junto con los músculos y nervios circundantes. De igual manera, se requiere una función intelectual, una motivación y un entorno apropiados para que la persona pueda eliminar en forma satisfactoria. Lo anterior obedece a que el cateterismo, no obstante de ser una importante ayuda diagnóstica, un medio eficaz para aliviar la retención y la incontinencia urinaria y salvaguardar la función renal. En base al conocimiento que posee el personal de enfermería se puede lograr la calidad del cuidado, expresada en la promoción de la salud, la prevención de las complicaciones y el bienestar del paciente y su familia³.

Por los motivos antes mencionados creemos fundamental abordar esta temática de forma científica, con el fin de comprobar la importancia de los cuidados brindados por el personal de enfermería con respecto a los cuidados en la técnica de colocación y mantenimiento del circuito.

² Invest. educ. enferm v.23 n.2 Medellín jul. /dez. 2005 (Junio, 2008)

Metodología

Problema:

¿Cuáles son los cuidados que aplica el personal de enfermería en usuarios portadores de catéter vesical en el Hospital "Dr. Manuel Quintela" en las clínicas médicas A, B y C, ubicado en la ciudad de Montevideo en el periodo de junio-agosto del año 2008?

Objetivo:

Conocer e identificar aquellos cuidados del personal de enfermería a usuarios portadores de catéter vesical en relación a los manuales vigentes (elaborados por la División de Enfermería: "Manual de Procedimientos Técnicos"¹⁰ y Manual de Enfermería en Urología¹¹).

Meta:

Describir los cuidados llevados a cabo por el 100% del personal de Enfermería de las clínicas médicas A, B y C en usuarios portadores de catéter vesical.

Diseño Metodológico:

Tipo de investigación: Estudio descriptivo.

Población de Estudio: 38 Licenciadas en Enfermería y 94 Auxiliares en Enfermería que desempeñan tareas en las clínicas médicas A, B y C pertenecientes al Hospital de Clínica, ubicado en Montevideo. En el periodo establecido de junio-agosto del año 2008.

Criterio de exclusión el personal de la salud que desempeñan tareas en las áreas médicas A, B y C no perteneciente a enfermería.

¹⁰ Hospital de Clínicas. Div. de Enf. "Manual de Procedimientos Técnicos" Año 2003.

¹¹ Hospital de Clínicas. Div. de Enf. "Manual de Enfermería en Urología"

Forma de generación de los datos:

Instrumentos: dos guías de observación, las cuales son Colocación y/o recambio de catéter vesical y Manipulación del circuito.

Previo a la aplicación de los instrumentos se realiza un ensayo piloto, durante 3 días en los turnos mañana, tarde y vespertino, para los ajustes correspondientes, así como unificar criterios entre los investigadores.

Se generan datos a partir de observaciones de los cuidados que aplica el personal de enfermería en usuarios con catéter vesical y/o indicación del mismo.

Área de estudio:

Montevideo, Uruguay, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

Ubicado en Avda. Italia s/n entre Gral. Las Heras y Avda. Centenario; en la zona de la Blanqueada, área urbana.

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un Hospital Universitario el cual pertenece al sub. Sector público de salud, es regulado por el estado a través de la Universidad de la República dependiente de la Facultad de Medicina.

El Hospital de Clínicas es de referencia nacional y brinda atención a usuarios de la capital como del interior del país funciona como hospital general para adultos.

Presenta un alto nivel de especialización y es centro de consulta para toda la red asistencial nacional. (Anexo)

Esta investigación se lleva a cabo en las Clínicas Médicas A, B y C.

Marco teórico

Proceso Salud-Enfermedad: Es un producto social que se distribuye en la sociedad según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra y tiene diferentes grados de independencia y capacidad reaccional.

Factores condicionantes y determinantes del Proceso Salud-Enfermedad

Concepción de Lalonde

1-La biología humana, abarca lo genético, la herencia, el funcionamiento del organismo, el desarrollo, la maduración, incluye los aspectos físicos y psicológicos.

2-El entorno, son los aspectos que se encuentran por fuera del organismo, sobre los que podemos influir en mayor o menor medida. Lo componen el ambiente físico y el ambiente sociocultural.

3-El estilo de vida, son los hábitos de vida que provocan que la persona influya en su salud-enfermedad, pueden ser conductas sanas o nocivas.

4-Los servicios sanitarios, se refieren a la infraestructura sanitaria, a la cantidad de recursos que se utilizan y a la calidad para poder llevarlos a cabo.

Cateterismo vesical:

Objetivo:

Introducción de una sonda vesical a través de la uretra hasta la vejiga con fines de diagnóstico y/o tratamiento.

Fines del cateterismo:

Explorador, determinar calibre del conducto evacuador, medición exacta de diuresis, estudios urológicos específicos.

Reglas del cateterismo:

Posición del usuario. Las maniobras se verán facilitadas por el plano horizontal del usuario con sus miembros separados.

Precauciones de la asepsia:

Prepucio limpio, campos estériles en ambos muslos o campos fenestrado, sonda estéril
Dominio del acto la persona que realiza el cateterismo debe valorar durante la colocación la existencia de un obstáculo al progresar la sonda, si debe continuar o no, previniendo las posibles complicaciones. No se debe forzar la entrada de la sonda a la uretra. La sonda siempre tendrá menor calibre que el meato.

Principios del cateterismo:

El cateterismo debe ser: Atraumático, Anatómico, Indoloro.

El cateterismo presupone: Un conducto, Instrumento, Manos.

Conducto: En la mujer es corto (3-4cm), casi rectilíneo, no hay ninguna dificultad en la introducción, a menos que la uretra este basculada o elongada por tumor genital.

El conducto del hombre es largo (16 cm) y más largo todavía cuando la tracción del pene hacia el techo, alarga el conducto en varios centímetros.

La uretra presenta dos curvaturas a lo largo de su trayecto, pero más importante que dichas curvaturas, (ya que es fácil enderezar una de ellas) es la existencia de dos paredes muy diferentes: la anterior y posterior.

En la pared posterior se encuentran todos los accidentes del terreno, es decir todos los peligros: el gran fondo de saco bulbar, el anillo membranoso, el verumontanum, la fosa prostática.

Debido a la distribución del tejido vascular la pared posterior es más vulnerable, la más propicia a las hemorragias y a las inoculaciones sépticas no sólo por ser la más accidentada, sino porque se suma además una fragilidad relativa; la del lecho esponjoso.

Instrumento:

La elección de la sonda dependerá de la finalidad para la cual se utilice.

Puede ser para dilatar el conducto o drenar la orina, evacuar la vejiga de una sola vez o permanente durante varios días, permanente y hemostática, aspirar los coágulos.

La sonda que drena la orina tiene una misión muy precisa que debe cumplir durante un tiempo dado.

El agente de drenaje requiere un calibre adaptado al órgano y a la calidad física de la orina. La elección del instrumento implica además la adaptación al caso particular. "Debe renunciar al cateterismo todo aquel que no posee el instrumento adecuado".

La urgencia no es excusa para colocar cualquier sonda, la urgencia solo se aplica a la retención aguda de orina y a los dolores que provoca.

La textura vesical posee la resistencia suficiente como para no llegar nunca a la rotura, sino incontinencia por rebosamiento o la inhibición temporal de la secreción renal, no se trata de evitar una complicación grave, sino tan solo de aliviar.

Contraindicaciones del cateterismo:

Orinas claras, Politraumatizado con rotura de uretra posterior, usuarios con infecciones: uretritis, prostatitis.

RRHH:

Dos operadores: N° 1- realiza el procedimiento

N° 2- colabora en el procedimiento

RRMM:

Equipo: Biombo, Chata.

Bandeja conteniendo: riñón limpio, campo fenestrado estéril, sonda estéril, lubricante estéril, guantes (un par limpio más un par estéril), gasas estériles, una jeringa de 10 cc más una aguja para cargar el lubricante estéril, una jeringa de 10 cc y suero fisiológico si se utiliza una sonda autofijable, hilo y esparadrapo, si se utiliza sonda sin mecanismo de auto-fijación, un equipo de drenaje urinario estéril.

Procedimiento:

Explique el procedimiento a realizar, coloque el biombo si el mismo no esta en un lugar aislado o llévelo a un lugar adecuado

Lávese las manos

Lleve el equipo al lado de la cama del usuario

Coloque al usuario en decúbito dorsal horizontal con ambas piernas semi flexionadas y entreabiertas con cama partida

Realice higiene perineal al usuario (operador N°2)

Lávese las manos

Colóquese los guantes estériles alcanzados por el operador N°2

Coloque un campo fenestrado estéril

· Tome la sonda ya abierta por el operador N°2 por su parte distal y conéctela a la bolsa colectora

Si la sonda es autofijable (compruebe que el balón esté en condiciones inyectando 5 cc de suero fisiológico por el extremo correspondiente).

Operador N°2:

Corte con tijera limpia la envoltura extrema de la sonda

Alcance la sonda con la envoltura abierta en su extremo proximal.

Vuelva el lubricante estéril en extremo proximal de la sonda.

En usuarios mujer

Operador N°1

Mantenga los labios de la vulva separados, use una gasa seca.

Visualice el meato uretral

Introduzca la sonda previamente lubricada de 5 a 7 cm, teniendo en cuenta la anatomía femenina

Verifique que la sonda esté a punto al obtener un buen flujo diurético

Conecte el drenaje a la sonda si no lo había hecho previamente

Fijela según mecanismo de fijación.

En usuarios hombres

Operador N°1

Retira el prepucio hacia atrás dejando visible el glande y meato urinario dejando colocada una gasa alrededor del glande.

Inyecte 10 cc aprox.de lubricante por el meato comprimiendo el pene lateralmente para que no refluya el mismo

Introduzca la sonda previamente lubricada apoyándola en la pared posterior de la uretra teniendo en cuenta la anatomía masculina.

Primer tiempo:

Eleve el pene hacia el cenit para franquear el ángulo peno-escrotal

Segundo tiempo:

Descienda lentamente el pene para franquear el fondo de saco bulbar o ángulo posterior y continúe introduciendo la sonda

Baje el pene a la posición horizontal paralelo al plano de la cama, siempre traccionando

Tercer tiempo:

Franquee el esfínter del cuello vesical.

Cuarto tiempo:

Continúe introduciendo la sonda hasta notar flujo de orina por el extremo distal de la misma

Operador N°2

Conecte el drenaje a la sonda

Fíjela según mecanismo de fijación.

Quítese los guantes.

Acondicione al usuario dejándolo cómodo y confortable en su área.

Acondicione el carro, lávese las manos.

Registre en Historia clínica el procedimiento, estado del usuario, características de la maniobra, N° de sonda colocada, cantidad de líquido con el cual se insufla, posición y fijación de la misma y firme

Si el usuario está en reposo, mantenga la tubuladura por encima del muslo para:

Evitar la compresión de la sonda

Evitar que se produzca una fistula en el ángulo peno-escrotal debiendo intercambiar la fijación de un muslo a otro.

Mantenga el circuito cerrado de orina

Normas para personal de enfermería:

La sonda vesical se cambiará cada vez que varíen las características de la orina y en un lapso no mayor al tiempo establecido de duración de la misma.

La bolsa colectora se cambiará cada vez que se realice el cambio de la sonda vesical.

Realizar educación permanente sobre la higiene genital y del circuito cerrado a usuarios y/o acompañantes.

Deberá constatar en cada turno el estado de higiene genital y del circuito.

Controlara el sistema de drenaje urinario (sonda vesical y bolsa colectora) realizado por el usuario y/o familia referida a posición, fijación y traslado.

Realizará educación referido al vaciado de la bolsa colectora para que se realice en el bocal destinado al usuario

Realizando previa y posteriormente lavado de manos con agua y jabón

Verificando que la válvula de salida quede herméticamente cerrada.

Higiene de manos:

Término general que se aplica a: lavado de manos, lavado antiséptico, fricción de manos con antiséptico y antisepsia quirúrgica de manos.

Fundamentación:

Flora bacteriana normal de la piel:

La piel humana normal está colonizada con bacterias, las bacterias aisladas de las manos fueron divididas en dos categorías: transitorias y residentes.

La flora transitoria, que coloniza las capas superficiales de la piel, es más fácil de retirar con un lavado de manos rutinario. Estas son adquiridas durante el contacto directo con usuarios o, a menudo, entran en contacto con las superficies ambientales contaminadas dentro de la proximidad del usuario. La flora transitoria la componen los organismos que se hallan con más frecuencia en las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios.

La flora residente, que se sitúa en las capas más profundas de la piel, es más resistente a ser eliminada.

Evidencia de la transmisión de patógenos en las manos: la transmisión de patógenos asociados al cuidado de la salud, de un usuario a otro, vía las manos de los trabajadores de la salud va en la siguiente secuencia:

Los organismos presentes en la piel del usuario, o que están ocultos sobre los objetos inanimados en la proximidad del usuario, se deben transferir a las manos del trabajador de la salud.

Estos organismos son capaces de sobrevivir por lo menos varios minutos en las manos de personal de la salud si la higiene de manos o antisepsia del personal debe ser inadecuada u omitido enteramente, o el agente usado para la higiene debe ser inadecuado.

Técnica correcta Higiene de manos con agua y jabón:

RRMM:

Jabón (líquido pH neutro, en barra fraccionado)

Agua

Toallas de papel

Procedimiento:

Retirar alhajas y reloj si no es sumergible

Mojar las manos con agua corriente

Jabonar friccionando por 30 a 60 segundos en el siguiente orden: Palmas, dorso de mano, espacios interdigitales, pulgar, uñas y extremidades de los dedos, puños.

Enjuagar con agua corriente por arrastre retirando completamente el residuo de jabón.

Secar con toalla de papel.

Cerrar la canilla utilizando la toalla de papel y descartar la misma.

Colocación de Guantes Estériles:

Propósito: Impedir la contaminación de un área estéril.

Disminuir y evitar la propagación de infecciones.

Equipo:

Par de guantes estériles.

Procedimiento:

Higiene de manos.

Abra la envoltura externa dejándola desplazada teniendo la precaución de no tocar la envoltura interna

Levante la segunda envoltura de un solo guante

Tome el guante por el dobléz cuidando de tocar solamente la parte interna que va a quedar en contacto con la piel y cácelo.

Levante con la mano enguantada la segunda envoltura. (Aun no tocada)

Coloque los dedos del guante calzado debajo del dobléz del otro guante y cácelo.

Arregle los guantes de ambas manos en la parte de los dedos.

Higiene Perineal:

Propósito: Realizar higiene genital para disminuir al máximo la flora microbiana existente y promover el confort del usuario.

RRHH:

Un operador

RRMM:

Equipo:

Chata.

Un par de guantes limpios.

Torundas de algodón.

Una jarra con agua jabonosa tibia.

Una jarra con agua tibia.

Procedimiento:

Realice higiene de manos.

Colóquese los guantes limpios.

Coloque al usuario en decúbito dorsal horizontal con ambas piernas semiflexionadas y entreabiertas con cama partida.

En usuarios hombres:

Retire el prepucio hacia atrás, enjabone bien el glande, surco balano prepucial y meato.

Enjuague y seque.

Retire la chata.

Realice higiene de manos

Registre en Historia Clínica.

En usuarias mujer:

Separe los labios de la vulva.

Haga lavado de arrastre con agua jabonosa de arriba hacia abajo.

Enjuague por arrastre y seque.

Retire la chata.

Realice higiene de manos

Registre en Historia Clínica.

Variables

➤ Cuidados de Enfermería a usuarios portadores de catéter vesical:

Definición conceptual: Es una interacción humana, recíproca e integral de destrezas adquiridas por el personal de enfermería que produce un beneficio o una utilidad inmediata, para evitar posibles complicaciones como ser infecciones urinarias, entre otras.

Definición operacional: Cuidados de enfermería a usuarios portadores de catéter vesical, normalizados por la institución.

Nivel de medición: cualitativa ordinal.

Categorías: Si realiza los cuidados o no realiza los cuidados.

La principal variable cuidados de enfermería constituye una variable compleja, se analiza la misma, donde se realizan las aperturas correspondientes en su dimensión.

Aspecto que inciden en el cuidado: Higiene de manos, higiene genital, vaciamiento de BC por parte de enfermería, verificación del circuito, recursos humanos, información de cuidados del circuito, técnica aséptica durante el procedimiento, registro en historia clínica.

➤ Recursos Humanos en Enfermería:

Licenciada en Enfermería:

Definición Conceptual: Aquella que dirige y administra al equipo de enfermería en la atención de usuarios que requieren cuidados con catéter vesical.

Definición Operacional: Si realiza y dirige los cuidados

Nivel de medición: cualitativa nominal

Categorías: Incorrecto o correcto

Auxiliar de Enfermería:

Definición Conceptual: Es la que brinda cuidados a los usuarios con catéter vesical bajo la supervisión y responsabilidad de la Licenciada en Enfermería.

Definición Operacional: Si brinda cuidados a usuarios con catéter vesical

Nivel de medición: cualitativa nominal

Categorías: Incorrecto o correcto

➤ **Higiene de manos:**

Definición Conceptual: se aplica a la higiene de manos, lavado antiséptico, fricción de manos con alcohol gel y antisepsia quirúrgica de manos.

Definición Operacional: si se realiza la higiene.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Categorías: correcto, incorrecto.

➤ **Higiene perineal**

Definición Conceptual: Es el lavado que se realiza en los genitales femeninos o masculinos externos con agua y jabón por arrastre.

Definición Operacional: si se realiza

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Categorías: correcto, incorrecto.

➤ **Registro en Historia Clínica**

Definición Conceptual: Es un medio de comunicación entre los miembros de la atención de la salud, y facilita la planeación y continuidad de los cuidados a usuarios a con catéter vesical.

Definición operacional: Si realiza registros de los cuidados de enfermería a usuarios con catéter vesical: fecha, hora, tipo y N° de sonda colocada, características de lo drenado, estado del usuario, estado del circuito cerrado, posición y fijación del circuito, realización de higiene, control de días de colocación.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Categorías: correcto, incorrecto.

➤ **Información del procedimiento y cuidados del circuito:**

Definición conceptual: Es la información por parte del personal de enfermería, que tiene por finalidad la capacitación usuarios y/o familiares acerca del circuito cerrado.

Definición operacional: si se realiza información sobre cuidados del circuito cerrado al usuario y/o acompañante.

Nivel de medición: cualitativa nominal

Categorías: si o no

➤ **Vaciamiento de bolsa colectora por parte de enfermería:**

Definición conceptual: es el vaciado del sistema de drenaje por parte de enfermería en un bocal.

Definición operacional: Si se realiza higiene de manos previo y posterior al procedimiento, en bocal destinado al usuario, verificar que la válvula de salida quede herméticamente cerrada, no recostar la válvula de salida en el bocal, si se descarta mas de una BC, se debe realizar higiene de manos y cambio de guantes.

Nivel de medición: cualitativa nominal

Categorías: correcta o incorrecta.

➤ **Técnica aséptica durante el procedimiento.**

Definición conceptual: Es el procedimiento mediante el cual se pretende no contaminar un área determinada mediante el empleo de una técnica estéril.

Definición operacional: Si se realiza higiene de mano previa y posterior al procedimiento, correcta higiene genital, utilización de campo estéril, correcta colocación de guantes estériles, correcta instrumentación, utilización de lubricante estéril, conexión de sonda a BC antes de la colocación, recolección de muestra para urocultivo según indicación medica. Si es colocación o recambio de catéter vesical se utilizaran dos operadores (operador 1: es el que realiza el procedimiento; operador 2: es el que instrumenta y realiza la higiene perineal).

Nivel de medición: cualitativa nominal

Categorías: si o no

Análisis de los resultados

En dicha investigación en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", se selecciono intencionalmente el personal de enfermería que trabaja en las clínicas medicas A, B y C con usuarios portadores de catéter vesical y/o colocación del mismo, lo que equivalió al 100% de las clínicas, insertándonos en el *"Programa para el cambio de conductas de riesgo y control de las infecciones Intrahospitalarias en el departamento clínico de medicina"* en la fase de pre intervención.

En estas clínicas se observaron a 11 Licenciadas en Enfermería y 39 Auxiliares en Enfermería, durante la colocación y manipulación del circuito cerrado.

El alcance de las observaciones a Licenciadas corresponde a 29% del total de Licenciadas y un alcance de observaciones de un 41% del total de Auxiliares de Enfermería, que desempeñan tareas en las Clínicas médicas, según datos aportados por Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Las observaciones se dividieron en dos guías: colocación y/o recambio del catéter vesical obteniendo un total de 8 colocaciones y manipulación del circuito un total de 32 observaciones.

Del total de Licenciadas y Auxiliares de enfermería que se observaron pudimos conocer e identificar aquellos elementos que no se llevan a cabo y no cumplen con las pautas de los manuales de procedimientos técnicos año 2003 y manual de enfermería en urología año 2001, elaborados por la División de Enfermería del Hospital "Dr. Manuel Quintela".

En un total de 8 colocaciones y/o recambio que equivalen a un 100%, se obtuvo un rango de 55% lo cual equivale a un cuidado medianamente adecuado en la técnica de colocación y/ o recambio de catéter vesical por parte del personal de enfermería.

Destacando que los procedimientos fueron realizados en un 75% por Licenciadas en Enfermería, consideramos importante el alto índice ya que este concuerda con la descripción del cargo de la Licenciada, el cual fue instrumentado en un 100% por Auxiliares de Enfermería.

De dichas observaciones el 25% fueron realizadas con indicación médica en el momento del procedimiento y el 75% corresponde a recambio regido por protocolo de la institución.

El 38% de las colocaciones se realizaron con técnica aséptica, donde los indicadores son mencionados en la definición de la variable, mientras que el 62% no cumple con la misma. Los errores más frecuentes en la colocación del catéter vesical fueron la no higiene de manos previa y posterior al procedimiento por parte del operador, la no utilización de campo estéril y la no utilización de lubricante de primer uso.

Si analizamos los errores más frecuentes durante la manipulación, se observará que el fenómeno siempre está presente, pero este aumenta si existen otros factores.

Del total de procedimientos de colocación el 75% de los usuarios no recibió información de ningún tipo por parte de enfermería.

En cuanto a los registros de enfermería en la Historia Clínica el 100% realiza los mismos obteniendo que un 12% son adecuados cumpliendo con todos los indicadores.

Con respecto a los registros que fueron adecuados en historia clínica se observa que predomina la variable en un 30% tipo y número de sonda.

Un total de 32 observaciones de manipulación del catéter vesical equivalen a un 100%, se obtuvo un rango de 38% que corresponde a un cuidado inadecuado del catéter vesical por parte del personal de enfermería, siendo estos en un 91% realizados por Auxiliares de Enfermería.

En cuanto a la manipulación del circuito se obtuvo que un 56% del personal se realizó higiene de manos. Del mismo un 67% lo hizo correctamente aplicando técnica adecuada.

El 28% del personal de enfermería que manipula el circuito realiza higiene perineal, de este que realiza la técnica el 100% lo realiza en forma correcta.

En cuanto al vaciamiento de la BC el 13% lo realiza en forma adecuada cumpliendo con los indicadores de la variable.

Los errores más frecuentes en la manipulación del catéter vesical corresponden: un 31% al descartar más de una BC no se realizan higiene de manos y no se cambian de guantes con un 24% reuesta la válvula de salida en el bocal.

Si analizamos los errores más frecuentes durante la manipulación, se observará que el fenómeno siempre está presente, pero este aumenta si existen otros factores.

Un 9% del personal de enfermería que realiza manipulación del circuito cerrado brinda información del cuidado del mismo.

Un 94% de la población que manipula el circuito cerrado realiza registros en historia clínica. Los mismos se realizan en un 100% de forma incompleta.

El error que predomina es, con un 31% el seguimiento de días de colocación de la sonda vesical, un 29% corresponde a la posición y fijación de la BC

Conclusión

La investigación realizada se baso en conocer e identificar aquellos cuidados del personal de enfermería a usuarios portadores de catéter vesical que no concuerdan con los manuales elaborados por la División de Enfermería: "Manual de Procedimientos Técnicos"¹² y Manual de Enfermería en Urología¹³

Consideramos importante destacar la calidad y el alcance de las observaciones obtenidas.

De los resultados se observo; un rango de 55% lo cual equivale a un cuidado medianamente adecuado en la técnica de colocación y/o recambio de catéter vesical y un rango de 38% correspondiente a un cuidado inadecuado del catéter vesical en la manipulación del circuito cerrado por parte de Licenciadas y Auxiliares de enfermería.

Del total de las observaciones estudiadas se evidencia que uno de los factores influyentes en las posibles complicaciones que pueda presentar el usuario se debe a la inadecuada manipulación del circuito por parte de enfermería y en menor porcentaje de los casos en la técnica de colocación. Si analizamos los errores mas frecuentes durante la colocación y/o recambio y manipulación, se observara que el fenómeno siempre esta presente, pero este aumenta si existen otros factores.

Creemos que la intervención de enfermería a usuarios con catéter vesical, mediante una utilización correcta de la técnica aséptica en la colocación y manipulación del circuito disminuyen las posibles complicaciones que pueden resultar del mal manejo del circuito.

¹² Hospital de Clínicas. Div. de Enf. "Manual de Procedimientos Técnicos" Año 2003.

¹³ Hospital de Clínicas. Div. de Enf. "Manual de Enfermería en Urología"

Propuesta

Dado los resultados obtenidos en la investigación proponemos realizar un Plan de trabajo de Educación continua que debería incluir:

- **Información a el equipo de enfermería a través de seminarios, conferencias y publicaciones.**
- **Capacitación del personal de enfermería a través de talleres y seminarios.**
- **Protocolizar técnica de colocación del catéter vesical y manipulación del circuito en las áreas médicas.**
- **Evaluar el plan de trabajo de educación continua.**

Bibliografía

- Brunner y Suddarth, "Enfermería médicoquirúrgico", tomo2, 8ª ed., McGraw -Hill. Interamericana, México, 1998.
- D.Polit y B.Hungler, "Investigación Científica en Ciencia de la Salud", 5ª ed., McGraw-Hill. Interamericana, México, 2000.
- E. Pineda, E. Alvarado, F. Canales, "Metodología de la investigación", Organización Nacional de la Salud.
- Eguía.A, Caldarelli.D "*Manual de Enfermería en Urología*".Hospital de Clínicas, División Enfermería. Uruguay, 2001.
- Eguía.A, Perez.Y "*Manual de Procedimientos Técnico*". Hospital de Clínicas, Enfermería, Uruguay, 2003.
- Hernández, R. Fernández, Baptista, P "*Metodología de la Investigación*" Ed.Mc Graw-Hill. Interamericana, 2008.
- A.Pérez de Vargas, V.Abraira. Bioestadística. Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid. 1996.
- Center Disease Control (CDC) EUA, "Manuales recomendaciones y guías" (Adaptado de "guideline for prevention of catheter- associated urinary infections" Fondo Nacional de Recursos Año 2007
- Tinoco JC, Hernández-Ruiz E, Salvador-Moysen J, Rivera-Morales . "Infecciones nosocomiales de vías urinarias en un hospital de segundo nivel." *Salud Publica Mex* 1994;36:17-21.
- J. Barrasa Villara, J. Guerrero Navarro y C. Aspíroz Sanchoa, "Las infecciones urinarias en los pacientes con sonda vesical no permanente (y II). Diagnóstico, tratamiento, prevención y líneas de investigación" Unidad de Medicina Preventiva. Servicios de Medicina Interna y Especialidades y Microbiología.Hospital de Calatayud. Zaragoza. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 548-554

Anexos

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Anexo N° 1

Cronograma de actividades

Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Departamento de Adulto y Anciano

Diagrama de Gram

Fecha por mes

Actividad	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre
Introducción al trabajo de investigación por parte de la cátedra	→						
Elección de tema		→					
Tutorías con Docentes a cargo. Revisión final del protocolo, Entrevistas con Licenciadas. Elaboración de guías de observación. Prueba de las guías			→				
Recolección de datos en las clínicas Medicas				→			
Procesamiento y análisis de los datos					→		
Elaboración de informe final						→	

Anexo Nº 2

Montevideo, 23 de mayo del 2008.

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPT. ADULTO Y ANCIANO.**

Para: Directora División Enfermería Hospital de Clínicas.
Prof. Mg. Miriam Costabel
Presente

Quienes subscriben estudiantes de la Facultad de Enfermería, que se encuentra realizando el trabajo de investigación "Cuidados de enfermería en usuarios portadores de Catéter Vesical, en el Hospital "Dr. Manuel Quintela" en las clínicas medicas A, B, C". Bajo la tutoría de Prof. Adjto.(s) Nancy Cánepa, Prof. Adjto.(s) Isabel Silva, Prof. Adjto. Venegas, Jorge

Solicitamos la autorización para llevar a cabo dicha investigación, en el periodo junio-agosto del corriente.

Agradecemos su pronta respuesta.

Desde ya muchas gracias.

**Br Bica, Nancy
Br Bonilla, Emilia
Br Cardozo, Solange
Br Perdomo, Leticia
Br Rodríguez, Claudia**

Anexo N° 3

“PROGRAMA PARA EL CAMBIO DE CONDUCTAS DE RIESGO Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL DEPARTAMENTO CLÍNICO DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS”

Resumen

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan cada año a cientos de millones de personas en todo el mundo. De ellas, las infecciones intrahospitalarias (IIH), tienen una incidencia variable, pero constituyen un indicador de calidad en salud y no se considera un hospital eficiente si tiene alta incidencia de IIH. Las bases para controlar las IIH son, la educación y la vigilancia epidemiológica.

El Objetivo Primario del proyecto será abatir las cifras de incidencia de IIH en el Departamento Clínico de Medicina (DCM) del Hospital de Clínicas.

Los Objetivos Secundarios serán: el cambio de conductas que están relacionadas con el riesgo de IIH y mejorar la eficiencia del sistema de vigilancia.

Se propone un estudio de intervención que incluya un Programa de Capacitación y Cambio de Conductas y una evaluación pre y pos intervención de la incidencia de IIH y de las conductas del personal de salud.

La estrategia general será multimodal y multifacética. Estará basada en información, educación, protocolización y vigilancia. Estará enfocada a tres áreas:

1. Higiene de manos.
2. Inserción protocolizada y vigilada de catéteres.
3. Aislamiento de pacientes con IIH.

Se proyecta el siguiente cronograma de actividades:

Enero-Febrero-Marzo 2008: lectura, planificación, consolidación de los distintos grupos de trabajo.

Abril 2008: medida basal de la incidencia de IIH y de la información, conocimiento y conductas en el DCM.

Mayo 2008: Intervención educativa.

Junio-Julio 2008: medida final de la incidencia de IIH y de las conductas en el DCM.

Agosto 2008 procesamiento de la información obtenida.

Setiembre-Octubre 2008: presentación de los informes preliminares al comité respectivo del Congreso de Medicina Interna.

Noviembre 2008: presentación definitiva en el XXXVII Congreso de Medicina Interna.

Introducción

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan cada año a cientos de millones de de personas en todo el mundo. Dentro de ellas las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales (IIH) representan el desafío mayor para el personal de salud de un centro hospitalario. Ver definición en Anexo I. En este contexto, en mayo de 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una iniciativa de carácter mundial que luego fue presentada como Alianza Mundial para la Seguridad del

Paciente. Esta iniciativa surge de la comprensión del importante problema de salud, a escala mundial, que representan estas infecciones por su frecuencia, letalidad y costo económico.(12)

La frecuencia de IIH es muy variable no sólo por la diversidad de los nosocomios - incluso en un mismo país-, las distintas áreas dentro de un mismo hospital, sino también por la forma de realizar la vigilancia. En México por ejemplo, se informan tasas consideradas altas, en el entorno del 10 a 20 por cada 100 egresos y en Estados Unidos (EEUU) se calcula un promedio de 5%. Estas cifras son aún mucho mayores en los servicios de alto riesgo como unidades de cuidados intensivos o las áreas quirúrgicas.(1) En EEUU se informan 80 mil muertes anuales y un costo de 5 mil millones de dólares. (CDC) En Francia por ej. se gastan entre 1800 a 3600 dólares por enfermo por sobrestadías que van de 7 a 15 días.(7)

Constituyen actualmente un indicador de calidad en salud y no se considera un hospital eficiente si tiene alta incidencia de IIH. (7)

Las mayoría de las IIH son endémicas es decir tienen una incidencia continua más o menos altas debidas a factores de riesgo específicos como la edad, disminución de los mecanismos de defensa ya sea por la enfermedad de fondo o por tratamientos inmunodepresores o utilización de métodos diagnósticos y/o terapéuticos invasivos. (4)

Las bases fundamentales para controlar las IIH son la educación permanente y la vigilancia epidemiológica. Apoyados en este concepto proponemos un estudio de intervención que básicamente incluya un Programa de Capacitación y Cambio de Conductas y una evaluación de pre y pos intervención de la incidencia de IIH y de la información, el conocimiento y las conductas del personal de salud.

Situación epidemiológica nacional

Son pocos los antecedentes nacionales acerca del tema de las IIH. En 1987 se publica un censo de IIH realizados en los servicios pediátricos del Hospital Pereira Rosell que arroja resultados preocupantes. El 15.5% de los niños encuestados en un día determinado sufrían una IIH.(14)

En 1996 se crea la primer Comisión Asesora de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias dependiente de la dirección de Epidemiología del MSP.(15)

En 2007 se publican resultados preliminares de incidencia de IIH en todo el país. Por ejemplo se informa una tasa global de infección del sitio quirúrgico (ISQ) de 3.15% en cirugía limpia. O una tasa global de infecciones de tracto urinario asociadas a sonda vesical de 6.9 infecciones por mil días de sonda vesical. Cabe resaltar que estos datos son de servicios quirúrgicos y de unidades de cuidados intensivos y que en el informe queda de manifiesto la dispersión de resultados de una institución a otra.(16)

En el Hospital de Clínicas donde en los últimos años se vienen realizando encuestas de prevalencia en áreas claves como Centro de Tratamiento Intensivo, áreas quirúrgicas y Neonatología se han encontrado, por ej., cifras de ISQ de 6.19% en cirugía limpia.(Comunicación personal)

Objetivos

El Objetivo Primario del proyecto será abatir las cifras de incidencia de IIH en el Departamento Clínico de Medicina (DCM) del HC.

Los Objetivos Secundarios serán: el cambio de conductas que están relacionadas con el riesgo de IIH y que su mejora ha demostrado contribuir a disminuir las cifras de IIH, así como mejorar la eficiencia del sistema de vigilancia.

El DCM está compuesto por tres Clínicas Médicas:

1. Clínica Médica "A" en el piso 11 del HC cuenta con una capacidad decamas de internación.
2. Clínica Médica "B" en el piso 12 del HC cuenta con una capacidad de 47 camas de internación.
3. Clínica Médica "C" en el piso 12 del HC cuenta con una capacidad decamas de internación incluidas las camas de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI).

Se excluyen las camas de Cirugía Cardíaca (Piso 11), Hematología (Piso 8), etc.

Estrategia y metodología general de la propuesta

La estrategia general será multimodal y multifacética. Estará basada en información, educación, protocolización y vigilancia. Estará enfocada a tres áreas particularmente sensibles y cuya mejora han demostrado impactar positivamente sobre la incidencia de las IIH:

4. Higiene de manos ("lavado de manos").
5. Inserción protocolizada y vigilada de catéteres (urinario y vascular).
6. Aislamiento de pacientes infectados.

Las bases de la estrategia serán:

Información Se informará regularmente al personal de salud acerca de las cifras disponibles de IIH así como la marcha del plan de control y prevención de estas.

Educación Se realizarán actividades de educación continua sistemática e incidental acerca de la importancia de las IIH así como de las medidas eficaces para su control y prevención. Se deberán atender las particularidades de la población objetivo de acuerdo a su función y responsabilidad (pacientes/familiares; estudiantes; enfermeros; médicos).

Protocolización Se procederá a protocolizar o adaptar protocolos ya existentes en lo concerniente a la higiene de manos, inserción de catéteres endovasculares y vesicales así como a la indicación y procedimiento a observar en el aislamiento de pacientes infectados.

Vigilancia Se realizará la observación sistemática, activa y prolongada de la presencia y distribución de las IIH, así como de los hechos y procesos que aumentan o disminuyen el riesgo de que estas se produzcan.

El proyecto requerirá vigilar y registrar la aparición de IIH, observancia de las conductas protocolizadas (higiene de manos de manos, inserción de catéteres y

aislamiento de pacientes infectados) y los gérmenes involucrados así como su sensibilidad antibiótica.

Diseño

El diseño del estudio se adaptará a la estrategia multifacética: será longitudinal, prospectivo y se llevará a cabo entre los meses de abril y agosto de 2008. Incluirá para su realización integral a: médicos, personal de enfermería, auxiliares de servicio y estudiantes que hayan aceptado participar.

El estudio se llevará a cabo en tres fases:

- a. Fase 1 pre intervención o de medida de la incidencia de las IIH, así como de la información, conocimiento y conductas del personal de salud.
- b. Fase 2 intervención educativa.
- c. Fase 3 pos intervención o de medición de la incidencia de IIH y del conocimiento y las conductas.

Áreas de acción

1. Higiene de manos (*lavado de manos*) Ver definición en Anexo I.

En el correr de los años 2005 y 2006 se comenzó a aplicar a modo de ensayos pilotos en todo el mundo, lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, destinada a fortalecer los sistemas de seguridad y vigilancia en pro de la seguridad del paciente, y reducir así las consecuencias sanitarias y sociales negativas de una atención en salud insegura.(12)

Si bien la higiene general en un hospital y en un servicio clínico de internación en particular, tiene su importancia en el objetivo propuesto, nos planteamos medir una sola de las conductas que se ha demostrado efectiva y que creemos factible y relevante de realizar. Nivel 1º, ver definición en Anexo I.

La higiene de manos supone el "primer nivel de medidas" e integran las precauciones estándar, es decir las que se deben aplicar para todos los pacientes. Lavarse las manos durante 30 segundos, reduce hasta en un 90% los gérmenes existentes en ellas. (8) A pesar de tratarse de una acción muy sencilla, continúa siendo la medida más importante para reducir las infecciones intrahospitalarias y también para reducir la propagación de los gérmenes resistentes a los antimicrobianos. (12) Se mencionan cifras de abatimiento de hasta 50% en las IIH con un correcto lavado de manos. A su vez los programas de sensibilización y capacitación en el personal de salud han sido efectivos en mejorar los índices de lavado de manos los cuales constituyen un indicador de calidad.(5)(6)

Por otra parte, se ha demostrado que el uso de soluciones glicerizadas a base de alcohol es aún más efectivo que el clásico lavado de manos.(13)

Sin embargo, la prevalencia de la higiene de manos por el personal de salud, puede ser tan baja como del 5% y promedialmente es del 39%. No obstante, con buenas estrategias de información, capacitación y monitoreo se obtienen aumentos promedios de 16%, pero se pueden obtener prevalencias de hasta 92% de higiene de manos. (8)

Factores de riesgo de incumplimiento.

Resulta interesante y por supuesto que también útil, identificar los principales factores de riesgo asociados al escaso cumplimiento de la higiene de manos entre los profesionales sanitarios.

Son factores de riesgo individuales, la falta de preparación o experiencia, el desconocimiento de las directrices, el ser previamente un "incumplidor", y la irritación cutánea por productos para la higiene de manos. Ser médico implica un mayor incumplimiento que ser enfermero.

Factores de riesgo grupales son, la falta de preparación y luego de retroinformación sobre los resultados al servicio o al grupo, la gran carga de trabajo por ejemplo en cuidados intensivos lo que hace que trabajar en esta área sea de por sí un factor de riesgo, la falta de personal, y la falta de estímulos o de modelos.

Factores de riesgo institucionales, son la falta de directrices escritas, falta de productos adecuados para la higiene de manos, falta de fomento del cuidado de la piel o de productos para este, falta de cultura o tradición del cumplimiento, y falta de liderazgo, estímulos y sanciones.

Finalmente existen también factores de riesgo gubernamentales, como la falta de conciencia o compromiso respecto a la importancia de las infecciones nosocomiales, falta de reglamentos y políticas específicas sobre prevención, falta de directrices nacionales sobre higiene de manos, fomento con campañas nacionales o regionales, y asignación de insuficientes recursos humanos para este fin.(12)

Estrategias de control.

Las estrategias destinadas a mejorar la frecuencia con que se cumple con la higiene de manos por parte de su personal, han desembocado en un importante descenso de las tasas de infección nosocomial, con el consiguiente descenso a su vez en la mortalidad y en los costos vinculados a estas patologías.

Se ha calculado que, los recursos hospitalarios que se consumen con cuatro o cinco pacientes con infección intrahospitalaria de gravedad intermedia, pueden ser equivalentes al presupuesto de todo un año para productos de higiene de manos. Por ejemplo, tras un análisis de la campaña nacional británica "cleanyourhands", de fomento de la higiene de manos, se concluyó que el programa sería rentable incluso si las tasas de infección nosocomial no hubiesen descendido más que un 0,1%.(12)

1. Catéteres

Las infecciones relacionadas con catéteres sean estos endovasculares o urinarios son un capítulo de la máxima importancia en la generación y perpetuación de las IIH. Nos proponemos adaptar aquellos protocolos para la realización de las maniobras y fiscalizar su estricta realización. Probablemente deba incluir un capítulo de uso de desinfectantes (definir) y antisépticos (definir) así como de manejo de material estéril.

Bacteriemia y otras infecciones endovasculares

La bacteriemia es un indicador pronóstico ominoso. Hasta un tercio de estas pueden evolucionar a shock séptico y llegar a tener una mortalidad del 40%.(9)

Las bacteriemias nosocomiales se clasifican en primarias y secundarias según la ausencia o existencia de foco de origen.(9) El foco de origen puede tener relación con la llamada enfermedad subyacente que en general determina el pronóstico. (9)

Las bacteriemias asociadas a la terapia intravenosa serán consideradas primarias asociadas a catéter. Ver definición en Anexo I. Los informes de que hasta el 30 a 50% de los pacientes hospitalizados recibe tratamiento intravenoso pone de relieve esta entidad.(9)

Las infecciones que se pueden ver asociadas a la canulación son: en el sitio de punción, la celulitis y la tromboflebitis. (9)

Hemocultivos

La positividad de los hemocultivos es imprescindible para el diagnóstico. Por lo tanto se vuelve de la máxima importancia obtenerlos de aquellos pacientes particularmente propensos a la bacteriemia como son los sospechosos o portadores de una IIH.

Los gérmenes aislados varían de acuerdo a los hospitales pero han permanecido los gram negativos y los estafilococos como los más importantes, emergiendo últimamente la *Cándida albicans* relacionada a la inmunosupresión, la alimentación parenteral y la antibiótico terapia de amplio espectro.(9)

MEDIDAS DE CONTROL

Recomendaciones generales:

- ✓ Observancia estricta de la indicación.
- ✓ Revisión periódica y sistemática para evitar permanencia innecesaria.
- ✓ Preferir venas de MMSS.
- ✓ Rigurosa técnica aséptica.
- ✓ Inspección diaria (no requiere descubrir).
- ✓ Cambio de lugar o de catéter cuando así corresponda. Ver Anexo V. Manual de procedimientos.
- ✓ Inyección y/o infusión de medicamentos o fluidos con técnica protocolizada.

Infección del trato urinario asociada a cateterización

Las infecciones urinarias adquiridas en el hospital Probablemente sean las IIH más frecuentes; se citan cifras de 17.6 a 30% en hospitales mexicanos y aún mayores. (2)(3)

El 80% de estas están asociadas a la inserción de un catéter urinario.(2)

Factores de riesgo de ITU en pacientes cateterizados:

Aumenta significativamente con el tiempo de cateterización. (2)

El uso de antibióticos sistémicos no ha demostrado ser una buena estrategia de prevención de estas infecciones, en cambio el retiro precoz del catéter parece ser una efectiva forma de prevención. (3)

El género femenino permanece teniendo más riesgo de ITU aún en caso de cateterización. Se especula que se deba al pasaje por catéter de gérmenes sobre una uretra más corta. (2)

Es conocido el mayor riesgo de los pacientes diabéticos de presentar una ITU. Esta asociación también se verifica en los pacientes sondados. (2)

Otros factores de riesgo tienen que ver con la edad del paciente, la presencia de comorbilidad, etc.(2)

Patogenia de la ITU por catéter.

- Arrastre de las bacterias de la uretra distal. Se ha informado hasta 3% de bacteriuria por la sola inserción del catéter aunque este se retire inmediatamente.(2)
- Por la luz del catéter pueden ascender: por abrirse el sistema (en la unión catéter vesical/catéter de la bolsa o en la llave de drenaje), por reflujo desde la bolsa, por inyección de sustancias.(2)
- Por vía extraluminal o peri catéter como se postula se produce sobre todo en las mujeres.(2)

Será sobre estos mecanismos que se deberá actuar para realizar la prevención de la ITU por catéter.

La definición de ITU intrahospitalaria y/o por catéter no es sencilla. Remitimos al Anexo I donde hacemos una definición basada en criterios académicos y una definición operativa con fines de vigilancia epidemiológica.

MEDIDAS DE CONTROL

Recomendaciones generales:

- ✓ Observancia estricta de la indicación.
- ✓ Evaluar métodos alternativos (colectores en hombres, cateterización intermitente).
- ✓ Revisión periódica y sistemática para evitar permanencia innecesaria.
- ✓ Rigurosa y protocolizada técnica aséptica.
- ✓ Mantener el sistema cerrado el máximo tiempo posible.
- ✓ Los procedimientos que impliquen "abrir" el sistema deberán ser mínimos y estarán debidamente protocolizados.
- ✓ Mantener un flujo continuo de orina.
- ✓ Cambio de catéter cuando así corresponda. Ver Anexo V. Manual de procedimientos.

2. Aislamiento del foco

Por último la adquisición de la IH tiene como característica esencial el alto riesgo de la rápida transmisibilidad. Nos proponemos disminuir al mínimo posible esta probabilidad con un plan de aislamiento de los focos que vayan surgiendo. Para ello se realizarán medidas tendientes a disminuir la transmisibilidad de los pacientes entre sí, del paciente al personal de salud y/o al medio y viceversa. Ver página del HC.

Se trata de una medida más específica o de "segundo nivel", ya que se realiza sobre aquellos pacientes con sospecha o diagnóstico de infección y por lo tanto tendrá en cuenta el mecanismo de transmisión del patógeno en juego.

Se describen tres tipos precauciones basadas en los mecanismos de transmisión: (10)

1. Precauciones de transmisión aérea.
2. Precauciones de transmisión por gotitas.
3. Precauciones de transmisión por contacto.

Las otras formas de transmisión posibles, como son por vehículos comunes (comida, agua, medicamentos, etc.) y por vectores no serán abordadas específicamente. (11)

Precauciones de transmisión aérea

La transmisión a través de la vía aérea se produce por la vehiculización por gotitas de menos de 5µm (núcleos goticulares de Wells) generadas desde una persona fuente durante la respiración, el habla, la tos o el estornudo. En este caso, estas gotitas permanecen en suspensión durante largos periodos y son llevadas por las corrientes a toda la habitación y a distancias mayores. (11)

Son posibles de aislamiento con precauciones de transmisión aérea los pacientes portadores de tuberculosis pulmonar, varicela o sarampión.

Los pacientes permanecerán en habitación individual, en caso de salir deberán portar "tapabocas especiales" (Mascarilla "N 95 o de alfa eficacia"), la misma precaución tomará el personal de salud y demás acompañantes. Ver Anexo V. Manual de procedimientos.

Precauciones de transmisión por gotitas

La Transmisión se produce por contacto próximo con un paciente a través de las gotas generadas por una persona fuente. Estas gotas son mayores de 5µm (gotitas de Pflügge) y sólo recorren distancias de hasta un metro. (11)

En general se aplicará a todas las enfermedades que pueden transmitirse al hablar, toser y/o estornudar. También puede ocurrir en procedimientos como la aspiración o la broncoscopia. En la práctica será el caso de las infecciones respiratorias en general, pero también son ejemplo de enfermedad transmitida por este mecanismo la meningitis meningocócica o la parotiditis urleana. (11)

Los pacientes idealmente permanecerán en habitación individual. Si no hubiera disponibilidad, deberá haber una distancia mínima de un metro entre paciente y paciente. En los casos de contacto a menos de esa distancia será necesario el uso de "tapabocas convencionales". Ver Anexo V. Manual de procedimientos.

Precauciones de transmisión por contacto

Se tomarán estas precauciones con aquellos pacientes infectados o colonizados con microorganismos con especial importancia epidemiológica, que puedan transmitirse por contacto directo o indirectamente por los fómites.

Los gérmenes que son posibles de hacer tomar estas precauciones son: *Staphylococcus aureus*, estreptococos, enterobacterias, *Clostridium difficile*, Shigella, rotavirus, etc. (11) También será el caso de las infecciones de piel o celular subcutáneo (piodermitis, erisipela, celulitis, impétigo, etc.).

Los pacientes permanecerán en habitación individual. Uso de guantes al entrar a la habitación y desecharlos inmediatamente antes de salir. Ver Anexo V. Manual de procedimientos.

La secreciones, sangre u otros fluidos serán objeto de tratamiento especial así como la ropa contaminada, los utensilios y o los residuos. Ver Anexo V. Manual de procedimientos.



El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un Hospital Universitario. La esencia de Hospital Universitario se funda en el papel que le brinda el constituir un ámbito académico en el que se crea, concentra, enseña y difunde el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad, en el marco del quehacer de la Universidad de la República. Un Hospital Universitario que forma parte de esta Universidad compartiendo sus bases filosóficas y jurídicas, donde se genera y practica un modelo de atención que puede constituir una referencia para el conjunto del sistema de salud. El Hospital funciona como un hospital general, de adultos y para episodios con breve período de estadía, de alta complejidad y de referencia nacional en lo que compete. El Hospital está inserto en la Red de Servicios de Salud y está abierto a la comunidad en el sentido de brindar atención a las personas independientemente de su condición social, coadyuvando a la superación de la segmentación de la asistencia expresada en la dicotomía público-privado y contribuyendo a la elevación de la calidad de los efectores públicos y a la mejoría de la equidad y la eficiencia social del sistema de salud nacional. En tanto Hospital Universitario es un ámbito natural de formación de técnicos y profesionales, especialmente de los sectores directamente vinculados a la salud, lo que se refleja especialmente en el modelo asistencial y el programa académico previstos, que persiguen siempre el beneficio de los usuarios mediante una atención integral e integrada adecuadamente a las funciones académicas.

Anexo N° 5

Recomendaciones para la prevención de infecciones del tracto urinario relacionadas a catéteres.

Las recomendaciones son categorizadas según:

CATEGORIA I: Fuertemente recomendado para su adopción.

CATEGORIA II: Moderadamente recomendado por su adopción.

CATEGORIA III: Débilmente recomendado para su adopción.

Personal:

Solo puede manipular el catéter urinario personas (ej.: personal del hospital, usuarios) que conocen la técnica aséptica de inserción y mantenimiento de un catéter Categoría I

El personal del hospital y otros que manipulen un catéter urinario deben ser periódicamente entrenados en servicio acerca de la técnica correcta y potenciales complicaciones de la cateterización urinaria. Categoría II

Uso del catéter:

El catéter urinario debe ser insertado solo cuando sea necesario y solo cuando deberá permanecer por un largo periodo. No debe ser usado solo para conveniencia del personal que cuida al usuario. Categoría I

Para usuarios seleccionados, otro método de drenaje urinario tales como "drenajes condones", cateterización suprapúbica, y cateterización uretral permanente. Categoría II

Lavado de manos:

El lavado de manos, debe ser realizado inmediatamente antes y después de manipular el catéter o sistema de drenaje. Categoría I

Inserción del catéter:

El catéter se debe insertar usando una técnica aséptica y equipamiento estéril. Categoría I

Guantes estériles, campo, torundas e yodoformo se deben aplicar para realizar la antisepsia periuretral y se debe usar jalea en unidosis o vaselina estéril, para la lubricación durante su inserción. Categoría II

Cuando sea posible, se debe usar el catéter más pequeño, consistente con un buen drenaje, para minimizar el trauma uretral Categoría II

El catéter a permanencia se debe asegurar apropiadamente después de la inserción para prevenir el movimiento y la tracción uretral Categoría II

Drenaje cerrado estéril:

Se debe mantener continuamente un sistema de drenaje cerrado y estéril Categoría I

El catéter y el tubo de drenaje no se deben desconectar a menos que el catéter deba ser irrigado Categoría I

Si ocurre un quiebre en la técnica aséptica, una desconexión o pérdidas, el sistema de drenaje debe ser remplazado usando técnica aséptica después de desinfectar la conexión de unión con el catéter. Categoría III

Irigación:

La irrigación se debe evitar a menos que se anticipe una obstrucción (Ej.: después de prostatectomía), para prevenir obstrucción, usar una irrigación continua y cerrada. Para mejorar la obstrucción debida a coágulos, mucus u otras causas debe usarse un método de irrigación intermitente. La continua irrigación de la vejiga con antimicrobianos no ha sido probada como exitosa y no debe ser realizada como medida de prevención de infecciones. Categoría II

Una jeringa de gran volumen y una solución de irrigación estéril se deben utilizarse y descartar (enviar a centro de material para procesar) La persona que realice la irrigación debe usar técnica aséptica. Categoría I

Si el catéter se obstruye y se debe mantener abierto para ser irrigado el catéter se debe cambiar si es el responsable de la obstrucción (Ej., formación de concentrados). Categoría II

Recolección de muestras:

Si un pequeño volumen de orina fresca es necesaria para cultivo, es preferible usar la puerta de muestreo si esta presente, la que debe desinfectarse con alcohol al 70% y la orina se debe aspirar con aguja y jeringa estéril. Categoría I Si no dispone de puerta de muestreo puncione la sonda con una aguja fina

Si se necesita obtener grandes volúmenes de orina para exámenes (No cultivo) se debe obtener asépticamente desde la bolsa de drenaje. Categoría I

Flujo urinario:

Se debe mantener un flujo urinario sin obstrucciones. Categoría I (ocasionalmente es necesaria una obstrucción temporal del catéter para recolección de muestras u otros propósitos médicos)

Para alcanzar un flujo libre de orina

El catéter y el tubo colector deben mantenerse libres de obstrucción.

La bolsa colectora se debe vaciar regularmente usando un contenedor separado para cada usuario (Nunca poner en contacto la punta de drenaje con el contenedor no estéril ej., boca)

Un catéter con flujo pobre u obstruido debe ser irrigado o si es necesario remplazarlo

La bolsa colectora se debe mantener siempre por debajo del nivel de la vejiga Categoría I

Intervalo de cambio del catéter:

El catéter urinario no debe ser cambiado en forma rutinaria a intervalos arbitrarios. Categoría II

Separación de paciente infectado:

Para minimizar el riesgo de infecciones cruzadas, los usuarios con infección urinaria y sin ella, debe estar en habitaciones separadas, o en lo posible no estar en camas adyacentes. . Categoría II

Monitoreo Bacteriológico:

El valor como medida de prevención de infecciones, de Urocultivos obtenidos de rutina, en usuarios cateferizados no ha sido establecido y por lo tanto esta recomendado. Categoría II.

|
|
|

Anexo N° 6

**Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Adulto y Anciano**

Guía de observación:

**Cuidado en la colocación y/o recambio de catéter
vesical.**

Autores:

**Br Bica, Nancy
Br Bonilla, Emilia
Br Cardozo, Solange
Br Perdomo, Leticia
Br Rodriguez, Claudia**

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Adulto y Anciano

Instrumento de Observación: Colocación y/o recambio de Sonda Vesical:

Indicación medica en HC: Si.....No.....
 Recambio de catéter vesical: Si..... No.....
 Explicación del procedimiento al usuario: Si..... No.....
 Operador uno: Lic. Enf..... Aux.enf.....
 Operador dos: Lic. Enf..... Aux. Enf.....
 Técnica aséptica durante el procedimiento: Si..... No.....

Si la respuesta es no marque el error:

Higiene de manos previo y posterior al procedimiento operador 1	
Higiene de manos previo y posterior al procedimiento operador 2	
Higiene genital	
Recursos humanos necesarios	
Utilización de campo estéril	
Correcta colocación de guantes estériles	
instrumentación	
Utilización de lubricante estéril	
Conexión de sonda a BC antes de la colocación	

Brinda información al usuario acerca del procedimiento: Si..... No.....
 Extracción de muestra de orina para urocultivo: Si..... Correcto..... Incorrecto.....
 No.....
 Registros en HC: Si..... Correcto..... Incorrecto.....
 No.....

Si la respuesta es incorrecta marque el error:

fecha	
Hora	

tipo y Nº de sonda	
estado del usuario,	
características de lo drenado	
posición y fijación del circuito	

Universidad de la República
Facultad de enfermería
Departamento de Adulto y Anciano

Guía de observación:

Cuidados en la manipulación del catéter vesical

Autores:

Br Bica, Nancy

Br Bonilla, Emilia

Br Cardozo, Solange

Br Perdomo, Leticia

Br Rodríguez, Claudia

Universidad de la República
Facultad de enfermería
Departamento de Adulto y Anciano

Instrumento de Observación: Cuidados de Sonda Vesical por parte de enfermería:

Recursos humanos: Lic. Enf:..... Aux. Enf:.....

Higiene de manos: Si..... Correcto..... Incorrecto.....
No.....

Higiene perineal: Correcta..... Incorrecta.....

Descarte de BC: Correcta..... Incorrecta:

Si la respuesta es incorrecta marque el error:

Realización de higiene de manos previo y posterior al procedimiento	
Utilización de bocal destinado al usuario	
Verificación de válvula de salida quede herméticamente cerrada	
Recuesta la válvula de salida en el bocal	
Al descartar mas de una BC, no se higiene de manos y no se cambia de guantes	

Extracción de muestra de orina para urocultivo: Si..... Correcto..... Incorrecto.....
No.....

Brinda información al usuario y/o acompañante acerca del procedimiento: Si..... No.....

Realiza registros en HC: Si..... Correcto..... Incorrecto.....
No.....

Fecha	
Hora	
Seguimiento de día de colocación de SV	
Estado del usuario	
Características de lo drenado	
Posición y fijación del circuito	

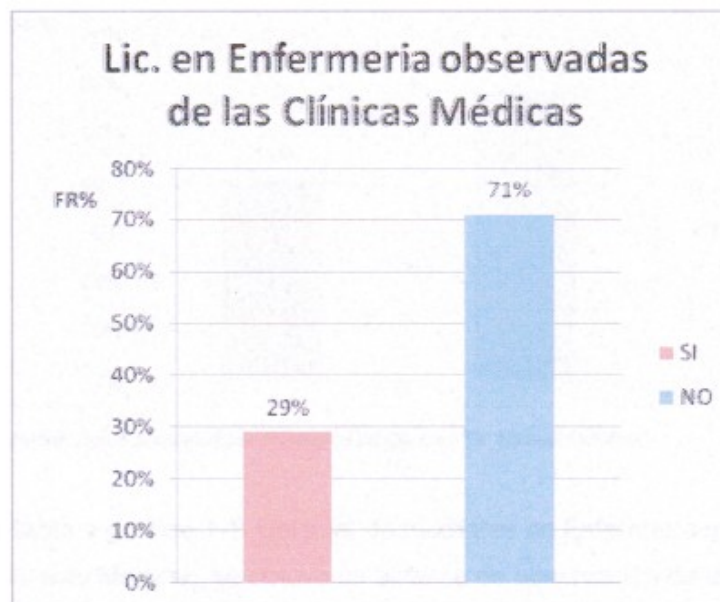
Anexo N°7

Resultados

Plan de tabulación y análisis

Tabla y grafico 1. Distribución del alcance de las observaciones de Lic. en Enfermería.

Licenciadas en Enfermería observadas	FA	FR%
SI	11	29%
NO	27	71%
TOTAL	38	100%

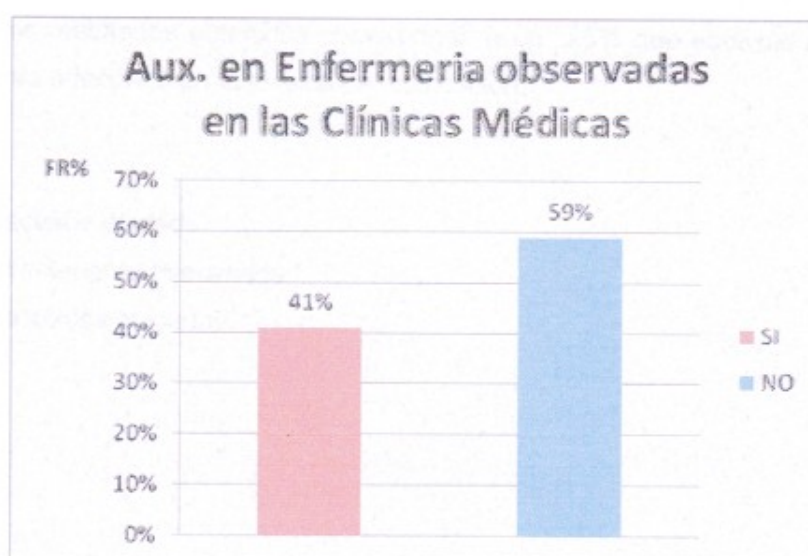


*Fuente: Datos aportados por el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

Análisis de la tabla y grafico 1. Del total de Licenciadas en Enfermería que desempeñan tareas en las Clínicas Médicas, se obtuvo un alcance de observación de un 29%.

Tabla y grafico 1-1. Distribución del alcance de las observaciones de Aux. en Enfermería.

Auxiliares en Enfermería observadas	FA	FR%
SI	39	41%
NO	55	59%
TOTAL	94	100%



*Fuente: Datos aportados por el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

Análisis de la tabla y grafico 1-1. Del total de Auxiliares en Enfermería que desempeñan tareas en las Clínicas Médicas, se obtuvo un alcance de observación de un 41%.

Colocación y/o recambio:

- Recursos Humanos
- Explicación del procedimiento al usuario
- Técnica aséptica
- Información de cuidado del circuito
- Registros en historia clínica

Tomando los indicadores se realizaron 8 observaciones de colocación y/o recambio de catéter vesical.

A cada uno de estos se le adjudicó una ponderación específica de un 20%, de acuerdo a los rangos los resultados obtenidos corresponde a un 55% que equivale a un cuidado medianamente adecuado en la técnica de colocación.

Rango:

0-50% inadecuado cuidado

51-70% medianamente adecuados

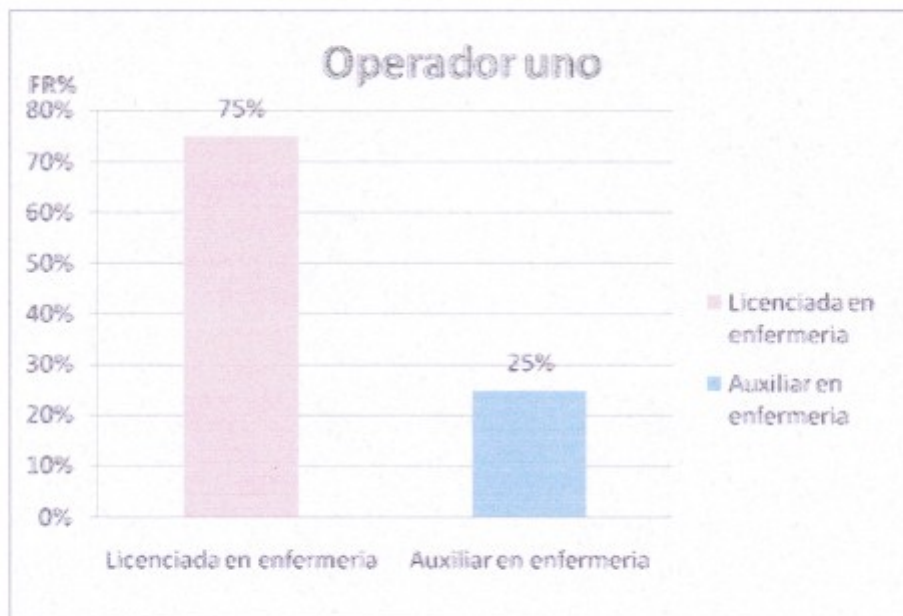
71-100% adecuados cuidados.

Referencia:

Denominaremos operador uno al personal de enfermería que realiza el procedimiento y operador dos al personal de enfermería que instrumenta el procedimiento.

Tabla y grafico 1-1 Distribución según operador 1 en la colocación de catéter vesical.

Operador 1	FA	FR%
Licenciada en enfermería	6	75
Auxiliar en enfermería	2	25
TOTAL	8	100%



*Fuente: guía de observación de colocación y/o recambio de catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 1-1. De acuerdo a la expresión de dicha grafica y tabla se destaca que el 75% de las colocaciones son realizadas por la Licenciadas en Enfermería; lo cual concuerda con la descripción del cargo.

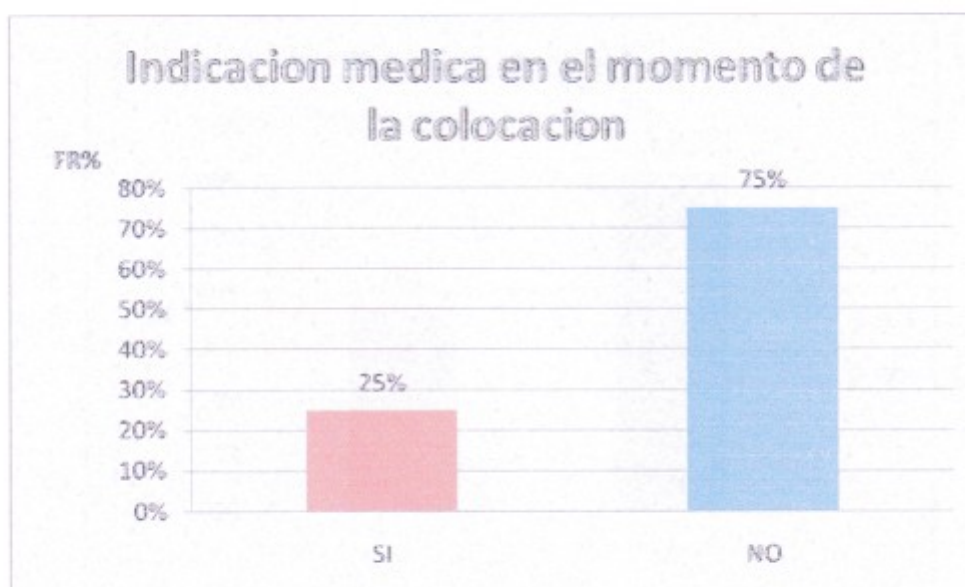
Tabla 1-2 Distribución según operador 2 en la colocación de catéter vesical.

Operador 2	FA	FR%
Licenciada en enfermería	0	0
Auxiliar en enfermería	8	100%
TOTAL	8	100%

Tabla 1-2. El 100% correspondió a Auxiliares de Enfermería, lo que concuerda con la descripción del cargo.

Tabla y grafico 2. Colocación de catéter vesical por parte de Enfermería

Indicación medica en el momento de colocación	FA	FR%
SI	2	25%
NO	6	75%
TOTAL	8	100%

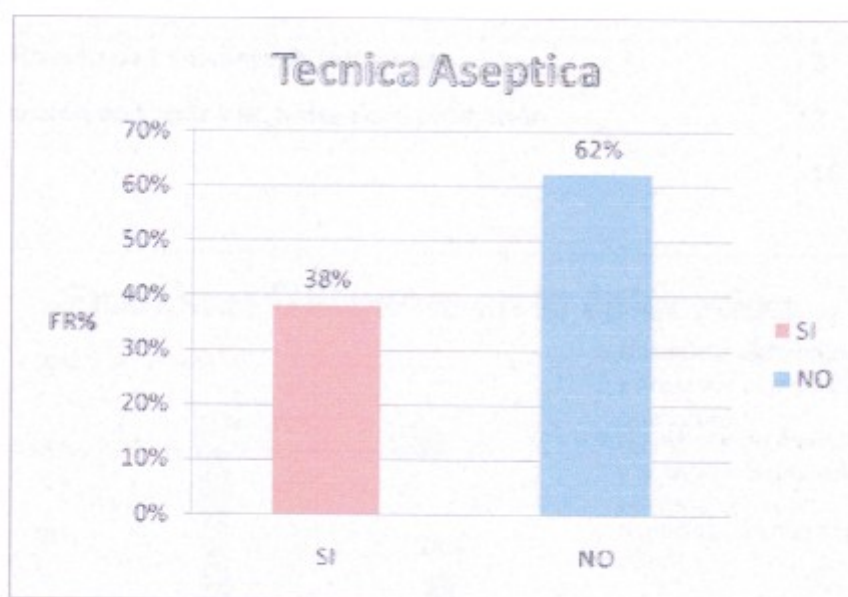


*Fuente: guía de observación de colocación y/o recambio de catéter vesical

Análisis de la tabla y grafico 2. El 100% de las colocaciones la realiza enfermería, de los cuales el 25% de las mismas fueron realizadas con indicación médica en el momento del procedimiento y el 75% corresponde a recambio regido por protocolo de la institución.

Tabla y grafico 3. Distribución según técnica aséptica en la colocación.

Técnica aséptica	FA	FR%
SI	3	38%
NO	5	62%
TOTAL	8	100%

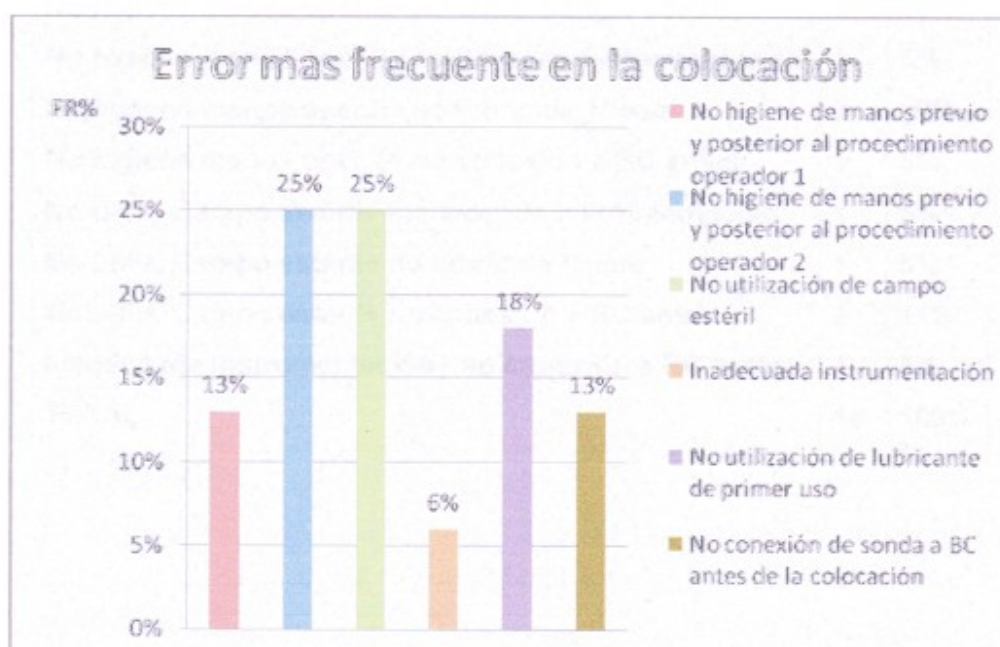


*Fuente: guía de observación de colocación y/o recambio de catéter vesical

Análisis de la tabla y grafico 3. El 38% de las colocaciones se realizaron con técnica aséptica, donde los indicadores son mencionados en la definición de la variable mientras que el 62% no cumple con la misma.

Tabla y grafico 3-1. Distribución según error más frecuente en la colocación.

Errores mas frecuente	FA	FR%
No higiene de manos previo y posterior al procedimiento operador 1	2	13%
No higiene de manos previo y posterior al procedimiento operador 2	4	25%
No utilización de campo estéril	4	25%
Inadecuada instrumentación	1	6%
No utilización de lubricante de primer uso	3	18%
No conexión de sonda a BC antes de la colocación	2	13%
TOTAL	16	100%



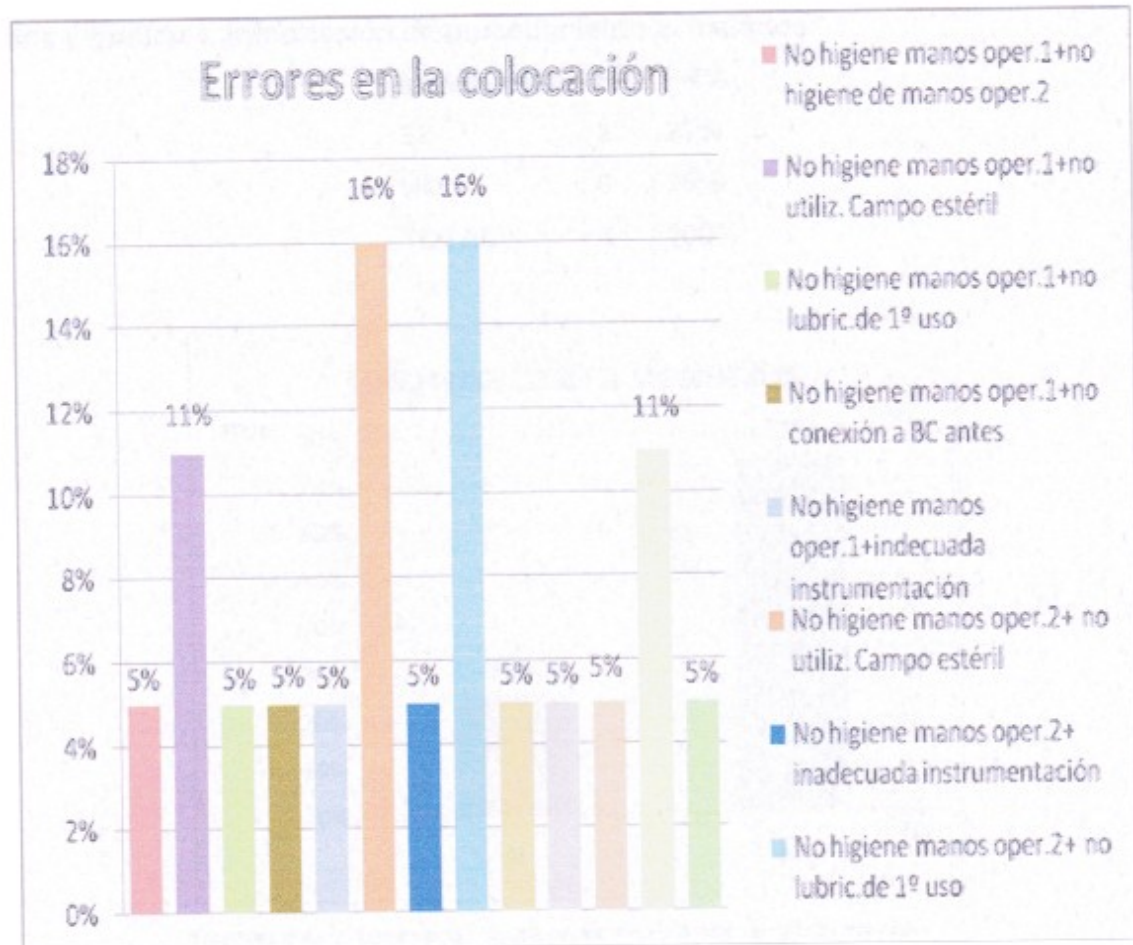
*Fuente: guía de observación de colocación y/o recambio de catéter vesical

Análisis de la tabla y grafico 3-1. Los errores mas frecuentes en la colocación del catéter vesical fueron la no higiene de manos previa y posterior al procedimiento por parte

del operador dos, la no utilización de campo estéril y la no utilización de lubricante de primer uso.

Tabla y grafico 3-2. Distribución de errores bivariado en la colocación

Errores en la colocación	FA	FR%
No higiene manos oper.1+no higiene de manos oper.2	1	5%
No higiene manos oper.1+no utiliz. Campo estéril	2	11%
No higiene manos oper.1+no lubric.de 1º uso	1	5%
No higiene manos oper.1+no conexión a BC antes	1	5%
No higiene manos oper.1+inadecuada instrumentación	1	5%
No higiene manos oper.2+ no utiliz. Campo estéril	3	16%
No higiene manos oper.2+ inadecuada instrumentación	1	5%
No higiene manos oper.2+ no lubric.de 1º uso	3	16%
No higiene manos oper.2+ no conexión a BC antes	1	5%
No utiliz. Campo estéril+ inadecuada instrumentación	1	5%
No utiliz. Campo estéril+ no lubric.de 1º uso	1	5%
No utiliz. Campo estéril+ no conexión a BC antes	2	11%
Inadecuada instrumentación+ no conexión a BC antes	1	5%
TOTAL	19	100%

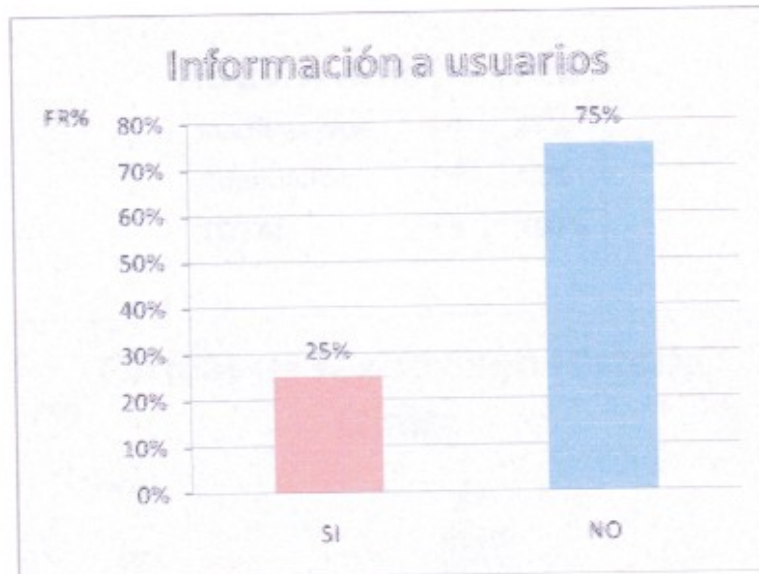


*Fuente: guía de observación de colocación y/o recambio de catéter vesical

Análisis de la tabla y grafico 3-2. Si analizamos los errores mas frecuentes durante el procedimiento, se puede observar que el N de errores va mas halla. obteniendo un resultado mayor. Relacionado las variables: No higiene manos operador 2 se potencia cuando tiene un error concomitante como la no utilización Campo estéril. Con respecto a la no higiene manos operador 2 se potencia con la no lubricación es de 1º uso dando resultados iguales. En segundo termino los errores con mayor porcentajes, son la no higiene manos operador 1 que se potencia con la no utilización campo estéril y la no utilización campo estéril se potencia con no conexión a BC antes de realizar el procedimiento.

Tabla y grafico 4. Información de procedimiento a usuarios

Información	FA	FR%
SI	2	25%
NO	6	75%
TOTAL	8	100%



*Fuente: guía de observación de colocación y/o recambio de catéter vesical

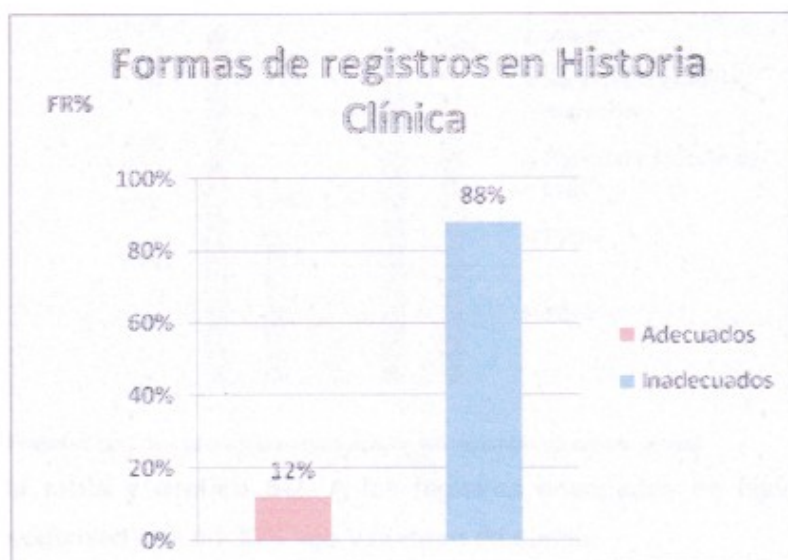
Análisis de la tabla y grafico 4. Del total de procedimientos de colocación que observamos el 75% de los pacientes no recibió información de ningún tipo por parte de enfermería.

Tabla 5. Registros en Historia Clínica del procedimiento.

Registros	FA	FR%
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTAL	8	100%

Tabla y Grafico 5-1. Distribución según forma de registro en Historia Clínica del procedimiento.

Registros en HC	FA	FR%
Inadecuados	7	88%
Adecuados	1	12%
TOTAL	8	100%

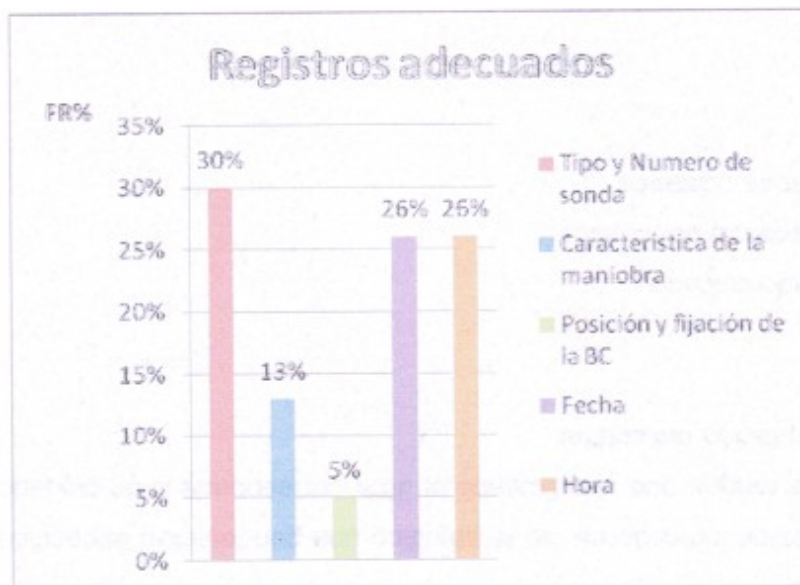


*Fuente: guía de observación de colocación y/o recambio de catéter vesical

Análisis de la tabla y grafico 5-1. En cuanto a los registros de enfermería en la Historia Clínica el 100% realiza los mismos, obteniendo un 12% de los mismos son adecuados cumpliendo con todos los indicadores y el 88% de los mismos son inadecuados.

Tabla y grafico 5-2. Distribución de registros adecuados.

Registros adecuados	FA	FR%
Tipo y Numero de sonda	7	30
Característica de la maniobra	3	13
Posición y fijación de la BC	1	5
Fecha	6	26
Hora	6	26
TOTAL	23	100%



*Fuente: guía de observación de colocación y/o recambio de catéter vesical

Análisis de la tabla y grafico 5-2. A los registros adecuados en historia clínica se observa que predomina con un 30% tipo y numero de sonda.

Cuidados de catéter vesical por parte del personal de enfermería:

Cuidados en la manipulación del circuito:

- Higiene de manos
- Higiene perineal
- Descarte de la bolsa colectora.
- Información de cuidado del circuito
- Registro en historia clínica.

Tomando los indicadores se realizaron 32 observaciones de cuidados en la manipulación de catéter vesical.

A cada uno de estos indicadores se le adjudicó una ponderación específica de un 20%, de acuerdo a los rangos que clasificamos el 38% corresponde a un cuidado inadecuado durante la manipulación del catéter.

Rango:

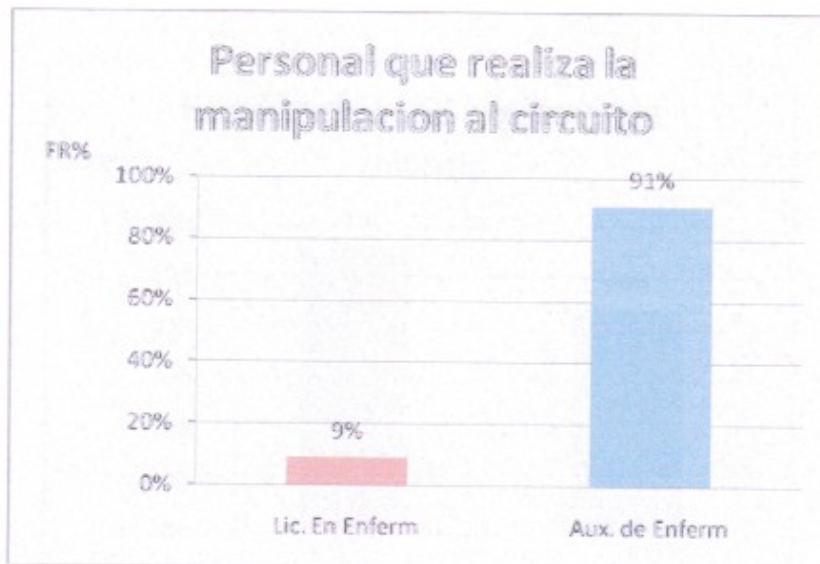
0-50% inadecuado cuidado

51-70% medianamente adecuados

71-100% adecuados cuidados.

Tabla y grafico1. Distribución según personal que realiza la manipulación.

Personal	FA	FR%
Lic. En Enfermería	3	9%
Aux. de Enfermería	29	91%
TOTAL	32	100%



*Fuente guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y gráfico 1. En cuanto a la manipulación del circuito en un 91% lo realiza el Auxiliar de Enfermería, acorde con la descripción de cargo.

Tabla y grafico 2. Distribución de higiene de manos por parte de enfermería.

Realización de higiene de manos	FA	FR%
SI	18	56%
NO	14	44%
TOTAL	32	100%

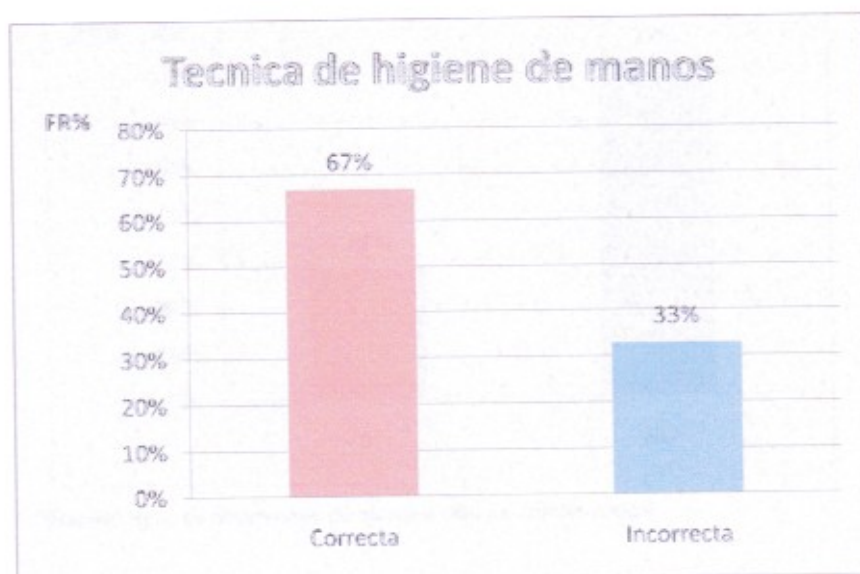


*Fuente guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 2. En cuanto a la manipulación del circuito se obtuvo que un 56% del personal se realiza higiene de manos.

Tabla y grafico 2-2. Distribución según técnica de higiene de manos.

Técnica de higiene de manos	FA	FR%
Correcta	12	67%
Incorrecta	6	33%
TOTAL	18	100%

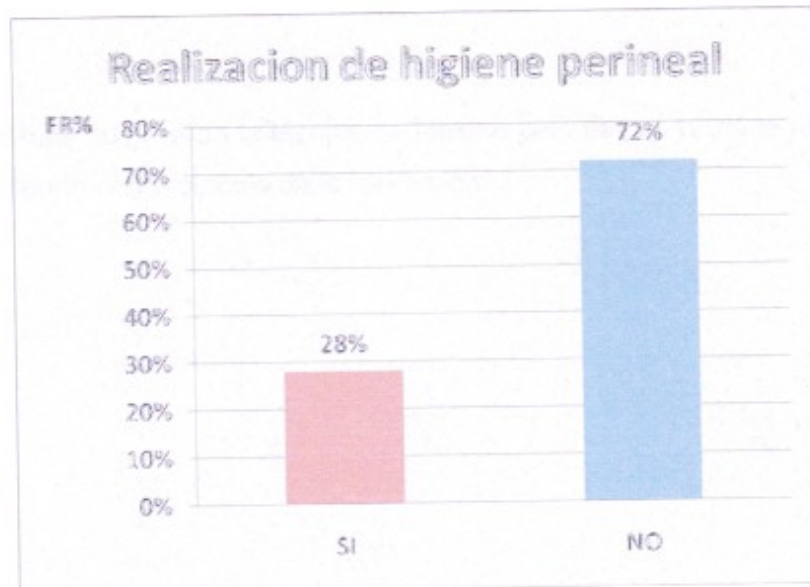


*Fuente: guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 2-2. En cuanto al personal que se realizó higiene de manos un 67% lo hizo correctamente aplicando la protocolización de la misma y un 33% de forma incorrecta.

Tabla y grafico 3. Distribución según realización de Higiene perineal.

Realización de higiene perineal	FA	FR%
SI	9	28%
NO	23	72%
TOTAL	32	100%



*Fuente: guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 3. Del personal de enfermería que manipula el circuito. el 28% realiza higiene perineal y el 72% no realiza el procedimiento.

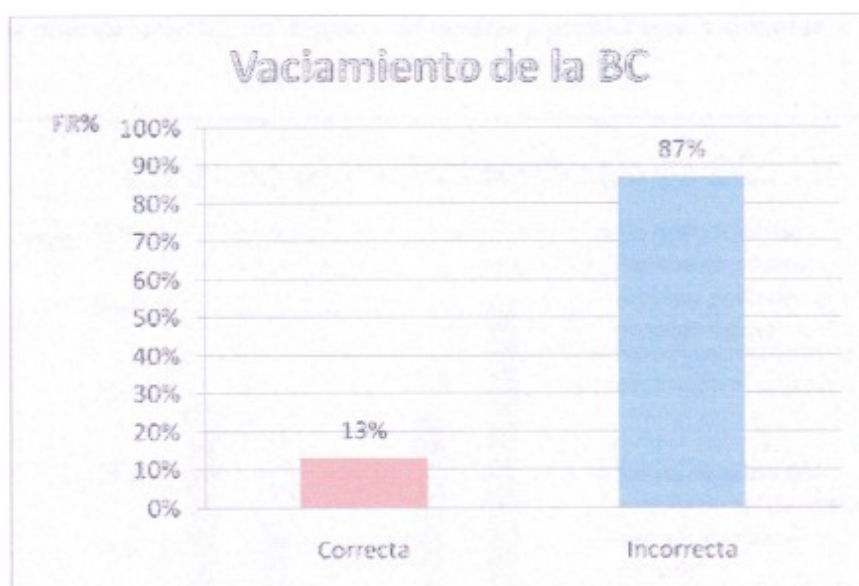
Tabla 3-2. Distribución según técnica de higiene perineal.

Realización de higiene perineal	FA	FR%
Correcta	9	100%
Incorrecta	0	0%
TOTAL	9	100%

Tabla 3-2. Del total que realiza la técnica de higiene perineal, el 100% lo realiza en forma correcta cumpliendo con protocolo de la institución.

Tabla y grafico 4. Distribución según forma de vaciamiento de bolsa colectora.

Vaciamiento de BC	FA	FR%
Correcta	4	13%
Incorrecta	28	87%
TOTAL	32	100%

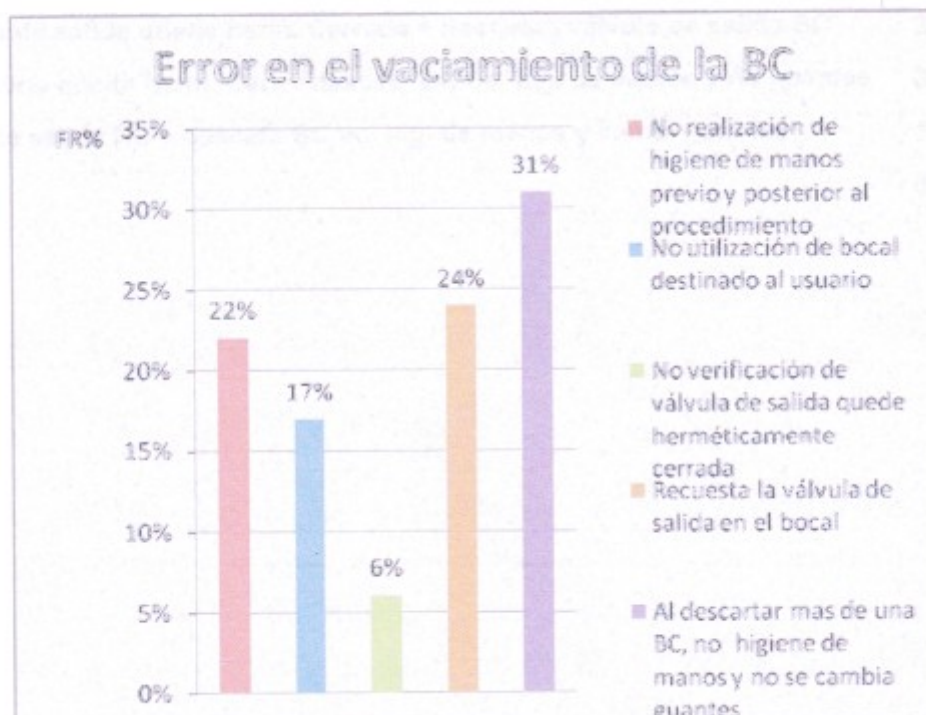


*Fuente: guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 4. En cuanto al vaciamiento de la BC, el 13% lo realiza en forma correcta cumpliendo con los indicadores de la variable, mientras el 87% de la población que realiza el procedimiento lo hace de forma incorrecta.

Tabla y grafico 4-1. Distribución de errores más frecuente en el vaciamiento de la BC.

Errores en el vaciado de la BC	FA	FR%
No realización de higiene de manos previo y posterior al procedimiento	16	22%
No utilización de bocal destinado al usuario	12	17%
No verificación de válvula de salida quede herméticamente cerrada	4	6%
Recuesta la válvula de salida en el bocal	17	24%
Al descartar mas de una BC, no higiene de manos y no se cambia guantes	22	31%
TOTAL	71	100%

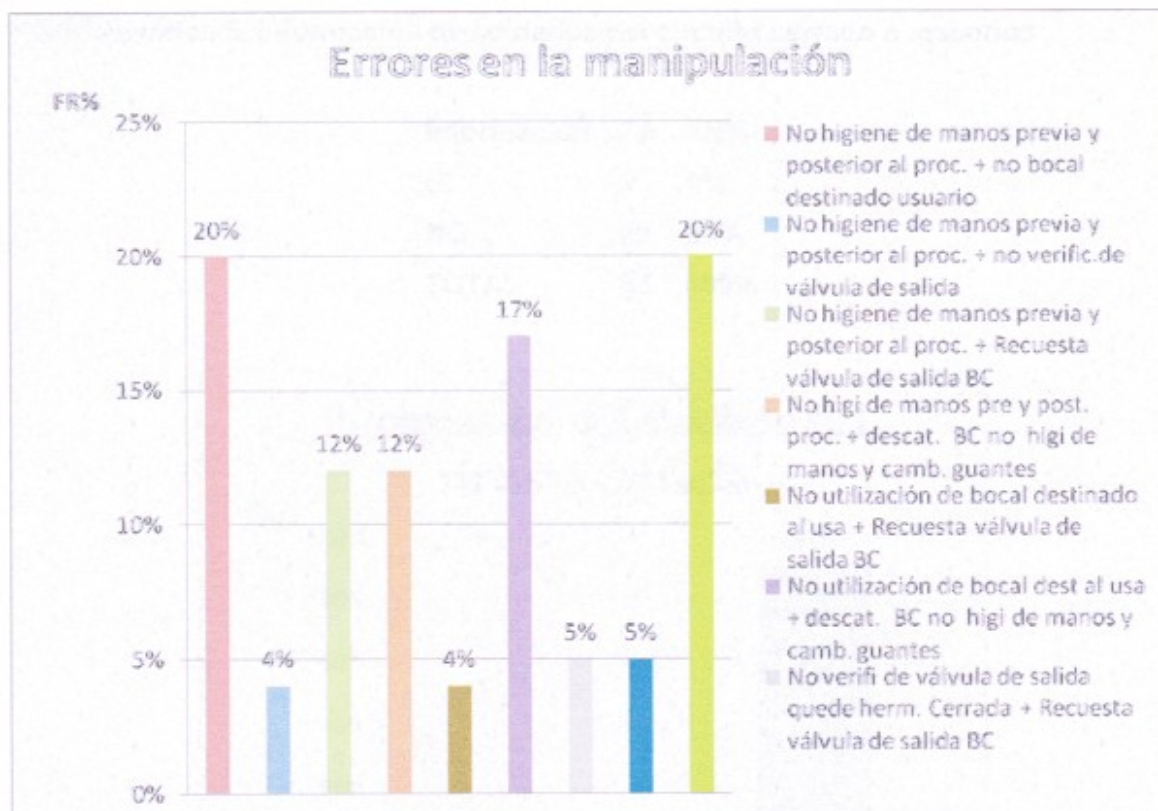


*Fuente: guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 4-1. Los errores mas frecuentes en la manipulación del catéter vesical fueron con un 31% al descartar más de una BC no se realizan higiene de manos y no se cambian de guantes con un 24% recuesta la válvula de salida en el bocal.

Tabla y grafico 4-2. Distribución de errores bivariado en la manipulación.

Errores en la manipulación	FA	FR%
No higiene de manos previa y posterior al proc. + no bocal destinado usuario	10	20
No higiene de manos previa y posterior al proc. + no verific.de válvula de salida	2	4
No higiene de manos previa y posterior al proc. + Recuesta válvula de salida BC	6	12
No higi de manos pre y post. proc. + descata. BC no higi de manos y camb. guantes	6	12
No utilización de bocal destinado al usa + Recuesta válvula de salida BC	2	4
No utilización de bocal dest al usa + descata. BC no higi de manos y camb. guantes	9	17
No verifi de válvula de salida quede herm. Cerrada + Recuesta válvula de salida BC	3	5
No verifi de vál. Salida quede herm. Cerr + descata. BC no higi de manos y no guantes	3	5
Recuesta válvula de salida BC + descata. BC no higi de manos y camb. guantes	10	20
TOTAL	51	100%

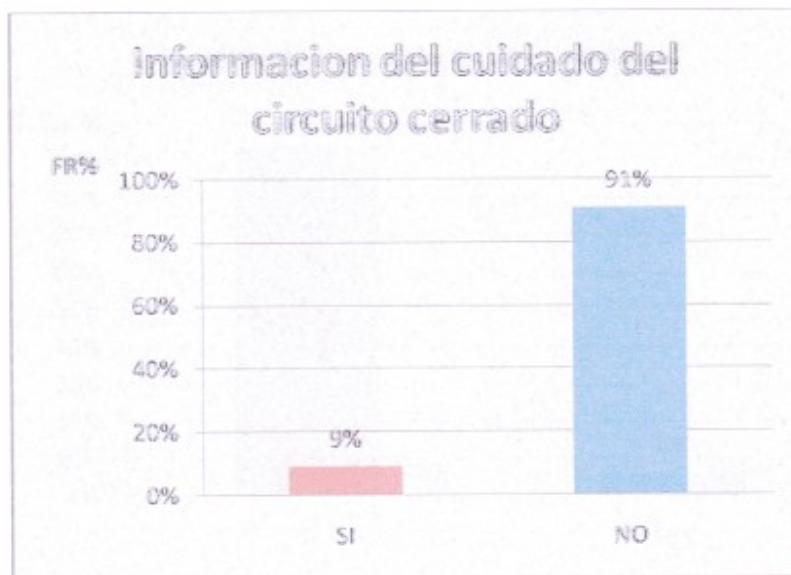


*Fuente: guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 4-2. Si analizamos los errores mas frecuentes durante la manipulación, se puede observara que el N de errores es mayor cuando tiene un error concomitante. Relacionado las variables: No higiene de manos previa y posterior al procedimiento se potencia con la no utilización de bocal destinado usuario, con respecto al recostar la válvula de salida de la BC al bocal se potencia con la no higiene de manos y cambio de guantes al descartar mas de una BC. En segundo término los errores con mayor porcentaje son la no utilización de bocal destinado al usuario que se potencia con la no higiene de manos y cambio de guantes al descartar más de una BC.

Tabla y grafico 5. Información de cuidados del circuito cerrado a usuarios

Información	FA	FR%
SI	3	9%
NO	29	91%
TOTAL	32	100%



*Fuente: guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 5. Un 9% del personal de enfermería que realiza manipulación del circuito cerrado cumple con los indicadores de esta variable mientras que un 91% no brinda información acerca del cuidado del mismo.

Tabla y grafico 6. Registros en Historia Clínica de manipulación del circuito.

Registros	FA	FR%
SI	30	94%
NO	2	6%
TOTAL	32	100%



*Fuente: guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 6. Un 94% de la población que manipula el circuito cerrado realiza registros en historia clínica.

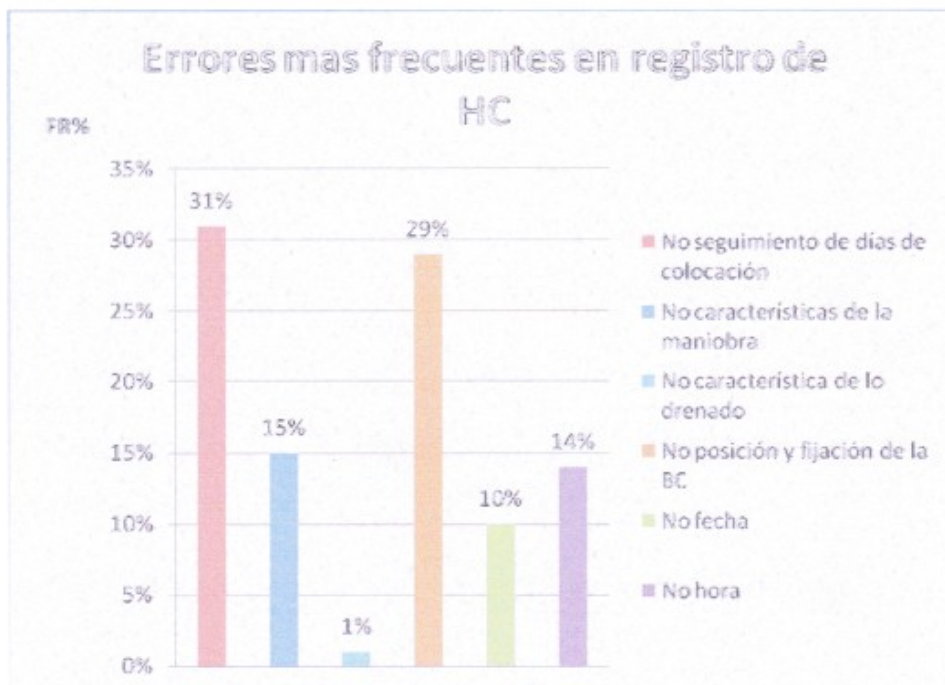
Tabla 6-1. Distribución según forma de registro en Historia Clínica.

Registros	FA	FR%
Incompleto	30	100%
Completo	0	0%
TOTAL	30	100%

Tabla 6-1. En cuanto a los registros realizados en historia clínica predomina en un 100% de los mismos se realizan de forma incompleta.

Tabla y grafico 6-2. Distribución según error más frecuente en registros en HC

Errores mas frecuente en registro en HC	FA	FR%
No seguimiento de días de colocación	31	31%
No características de la maniobra	15	15%
No característica de lo drenado	1	1%
No posición y fijación de la BC	29	29%
No fecha	10	10%
No hora	14	14%
TOTAL	100	100%



*Fuente: guía de observación de manipulación del catéter vesical.

Análisis de la tabla y grafico 6-2. El error que predomina es, con un 31% es el seguimiento de días de colocación de la sonda vesical, un 29% corresponde a la posición y fijación de la BC