



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

**PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA:
PROGRAMA PARA OPTIMIZAR LA INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO
CENTRAL PERIFÉRICO A USUARIOS DE LA UNIDAD DE URGENCIAS
MÉDICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.**

**P. S. S. DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA:
BRENDA LILIANA MACIAS VARGAS
MATRICULA: 98235419**

**FECHA DE INICIO: 01 DE AGOSTO DE 2006.
FECHA DE TÉRMINO: 31 DE JULIO DE 2007.**

**ASESOR INTERNO
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
ALEJANDRA MARTÍNEZ GÓMEZ
COORDINADORA DE SERVICIO SOCIAL**

**ASESOR EXTERNO
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
JANNET CRUZ DÍAZ
COMITÉ DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN ENFERMERÍA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.**

**FECHA:
16 DE JULIO DE 2007**

Va. Bo.



ASESOR INTERNO
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
ALEJANDRA MARTÍNEZ GÓMEZ
COORDINADORA DE SERVICIO SOCIAL

Va. Bo.



ASESOR EXTERNO
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
JANNET CRUZ DÍAZ
COMITÉ DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN ENFERMERÍA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

***“La búsqueda de la excelencia significa no permanecer en
esquemas
anacrónicos y obsoletos,
sino modernizar y hacer eficaces nuestras
organizaciones,
ya que renunciar al cambio,
sería renunciar al futuro”***

(Ibarra Castañeda 1994)

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. JUSTIFICACIÓN	8
III. OBJETIVO GENERAL	9
IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
V. MARCO TEÓRICO	11
VI. LÍMITES	17
VII. ORGANIZACIÓN	17
VIII. RECURSOS	17
A. HUMANOS	18
B. MATERIAL Y EQUIPO	19
C. FÍSICOS	20
IX. METODOLOGÍA	21
A. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	21
B. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA	21
C. DIAGRAMA DE CAUSA – EFECTO (DIAGRAMA DE ISHIKAWA)	22
D. PRIORIZACIÓN DE LAS CAUSAS	23
X. ACCIONES DE MEJORA	24
XI. GRAFICA DE GANTT	28
XII. MONITOREO, EVALUACIÓN E INFORMACIÓN	30
XIII. GLOSARIO DE TÉRMINOS	31
XIV. REFERENCIAS	33
A. BIBLIOGRÁFICAS	33
B. MESOGRAFICAS	35

XV. ANEXOS	36
A. GUÍA DE OBSERVACIÓN, LAVADO DE MANOS	37
B. FLUJOGRAMA DE LAVADO DE MANOS	38
C. HOJA INFORMATIVA DE LAVADO DE MANOS	39
D. TRÍPTICO DE LAVADO DE MANOS	40
E. GUÍA DE OBSERVACIÓN, CATÉTER VENOSO CENTRAL	43
F. HOJA INFORMATIVA DE INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL	44
G. TRÍPTICO DE INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL	45

I. INTRODUCCION

Los Comités Técnicos o comités de calidad son grupos de profesionales de la salud, de reconocida capacidad en la realización de procedimientos y diseño de estrategias en aquellas materias específicas de alta prioridad dentro del ámbito hospitalario. Su conformación tiene como propósito fundamental el apoyar la toma de decisiones a través de la identificación del grado de eficiencia de los procesos o proyectos y detección de desviaciones en el desarrollo de acciones; además establece retroalimentación y/o alternativas de solución que permitan reorientar el proceso de la prestación de servicios hacia una mejora de la calidad de la atención.¹

Este comité es el encargado de desarrollar un programa de mejora de la calidad en el cuidado enfermero, que contemple la realización de mejores servicios otorgados, con base en el análisis de indicadores e incorporando la calidad dentro de los procesos. Tendrá que instituir la formación en el trabajo para la consecución de los objetivos, reforzar el liderazgo del grupo dirigente, mantener la formación continua en cuidados y metodología de la calidad e involucrar en su momento a todos los profesionales en la realización del cambio.

Gracias a los avances técnicos y a la amplia gama de indicaciones, la cateterización de venas de alto flujo es un procedimiento ya rutinario y de uso cada vez más frecuente en hospitales y, en particular, en Unidades de Cuidados Intensivos y servicios de urgencias. Sin embargo, persiste aún un porcentaje no despreciable de complicaciones por lo que su indicación debe ser estricta y la vía de abordaje cuidadosamente meditada de acuerdo a las condiciones individuales de cada paciente y a los objetivos que se persiguen.

La experiencia del personal médico y de enfermería en la instalación y manejo de los catéteres es fundamental para lograr un mínimo número de complicaciones.

En el sector salud al igual que el resto de dependencias gubernamentales, se han realizado esfuerzos por implantar y desarrollar programas de calidad, existiendo hasta el momento resultados inconsistentes.

El despliegue de acciones motivadas por la puesta en marcha de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, ha despertado en las organizaciones y en los que en ella trabajan, el deseo de participar en la búsqueda de alternativas que permitan mejorar la calidad de los servicios que otorgan.

Los programas de mejora continua, se definen como lineamientos que pretenden proporcionar al personal de enfermería de las unidades médicas, los elementos técnico-administrativos para estructurar programas de mejora continua que permitan mejorar la calidad de los servicios a través de la identificación de áreas de oportunidad, ejercer acciones preventivas o

¹ Programa de trabajo del comité de calidad en los servicios de enfermería. HGM. O.D. 2006

correctivas que logren el equilibrio entre costo-beneficio y calidad de los servicios; contribuir a garantizar a los usuarios las mejores prácticas en el otorgamiento de los servicios de enfermería, y desarrollar la capacidad de gestión del personal operativo de enfermería.²

Mejora Continua es un proceso que permite a los directivos y personal operativo, ejercer acciones de cambio encaminadas a lograr que las intervenciones, servicios o productos de la actividad profesional de enfermería sean consistentes con los estándares de calidad. Dicho proceso está constituido por una serie de etapas y actividades que se complementan entre sí.

Es considerado como una nueva forma de trabajo en el que se involucran y comprometen todos los trabajadores que integran la organización, a fin de lograr la satisfacción de los usuarios por el trato recibido, y de los prestadores del servicio por la calidad técnica de su actividad profesional.

El presente documento contiene un programa de mejora continua para optimizar la instalación de catéter venoso central periférico a usuarios de la unidad de urgencias médicas del Hospital General de México O.D., así mismo se ofrecerán las herramientas técnico administrativas que se proponen para elaborar, desarrollar e implementar dicho programa

² Lineamientos para la mejora continúa de los servicios de enfermería. 2004

II. JUSTIFICACIÓN

Los grandes progresos en el campo de la tecnología, a últimas fechas dan lugar a que cada vez un mayor número de procedimientos de atención directa al usuario de los servicios de salud, alcancen un nivel de complejidad tal que al ser mal realizados y omitir pasos de las técnicas establecidas, se conviertan en una infracción de tipo administrativa y en el peor de los casos en un evento adverso o evento centinela.

Es a partir del reconocimiento de la importancia de este tipo de sucesos que la Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED) elabora las recomendaciones específicas para enfermería en el proceso de terapia endovenosa mismas que, han sido derivadas de las Recomendaciones para Mejorar la atención de Enfermería, con el objetivo de evitar daños innecesarios en los usuarios, así como posibles inconformidades relacionadas con la ejecución de los procedimientos.

La terapia endovenosa incluye entre otros, los procedimientos de instalación, manejo y retiro de catéter, procedimientos que el personal de enfermería realiza de manera periódica en las instituciones de salud y particularmente en este caso en el Servicio de Urgencias Médicas del Hospital General de México O.D.

Por todo lo anterior el personal de enfermería debe estar habituado con las innovaciones en los procedimientos mencionados, como la correcta canalización de accesos periféricos, uso y retiro del mismo.

En el Hospital General de México se encuentra descrita la técnica o procedimiento para la instalación de un CVC periférico, autorizado por la jefatura de planeación y evaluación de la Subdirección de Enfermería, por lo que se diseña una guía de observación.

III. OBJETIVO GENERAL

Mejorar durante el 2006 la instalación de Catéter Venoso Central periférico a usuarios del servicio de urgencias médicas del Hospital General de México O.D.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las deficiencias de la instalación de Catéter Venoso Central periférico a usuarios del servicio de urgencias médicas del Hospital General de México O.D.

Implementar una nueva forma de trabajo a partir de un programa de mejora continua, para la aplicación del mismo.

V. MARCO TEORICO

En la actualidad el personal de enfermería busca disminuir riesgos durante la atención al paciente para mejorar la calidad del cuidado, esto implica establecer normas para el desarrollo de los procedimientos que lleva a cabo, que en ocasiones significan un riesgo agregado para el enfermo, por lo que establecer indicadores de calidad en el cuidado enfermero ha sido uno de los principales objetivos de nuestra profesión hoy en día.

En este sentido la instalación del catéter venoso central se ha catalogado como uno de los procedimientos básicos que desarrolla el profesional de enfermería, por lo que es indispensable que lo realice siguiendo estándares de calidad. La investigación tiene como objetivo: estandarizar y evaluar el desarrollo del procedimiento de instalación del catéter venoso central que lleva a cabo el profesional de enfermería.

a) Acceso Venoso Central

La punción de la vena subclavia fue descrita por Aubaniac en 1952 y, pese a que es un procedimiento que se realiza desde hace más de 50 años, son comunes las complicaciones mecánicas debido a que se efectúa a ciegas; se recomienda restringir su uso en casos con indicaciones precisas, apoyarse en el ultrasonido y que solo sea realizada por expertos.

En caso de que la condición clínica del paciente permita el abordaje subclavio, se recomienda empezar por el lado derecho con el fin de prevenir la lesión del conducto torácico que puede ocurrir al puncionar el lado izquierdo. En presencia de patología pulmonar, el catéter debe colocarse en el lado de la patología para evitar una complicación en el pulmón sano y, por consiguiente, un problema pulmonar bilateral.

Algunas medidas que ayudan a disminuir la frecuencia de complicaciones relacionadas con la cateterización percutánea de estos vasos centrales consisten en colocar un rollo de tela longitudinal entre las escápulas para hacer que la cabeza y los hombros caigan hacia atrás, haciendo más anteriores y accesibles las venas subclavias; posición de Trendelenburg a 20°-30°, con el fin de ingurgitar y distender las venas y girar la cabeza hacia el lado contrario a la punción.

Después de colocado el catéter es obligatorio tomar una radiografía del tórax para cerciorarse de que está en la debida posición central, que no existen complicaciones y autorizar la infusión de soluciones parenterales. Disección: consiste en el abordaje de una vena a través de la incisión de la piel, del tejido celular subcutáneo y la inserción directa de un catéter en la vena.

Está indicada en situaciones en las cuales ha sido imposible la punción percutánea. Su uso está cada vez más restringido, puesto que los reportes indican una mayor incidencia de infecciones debido a la manipulación de los tejidos; requiere personal entrenado, equipo de disección y mayor tiempo de

intervención quirúrgica. Se realiza con mayor frecuencia en población infantil. En pacientes con trauma múltiple el sitio de elección es la vena safena interna al nivel del tobillo, realizando la incisión 2 cm. por delante y por encima del maléolo interno o tibial, seguido por la vena mediana basílica en la región antecubital, a 2,5 cm. por fuera de la epitroclea humeral en el pliegue de la flexión del codo.

En los casos urgentes se recomienda disecar la vena que se identifique más fácilmente; sin embargo, algunos factores pueden influenciar la elección: un ejemplo es la vena yugular externa, fácilmente accesible por ser muy superficial, pero su resultado es poco estético.

En general las venas superiores, cefálica, basílica y yugular externa se prefieren cuando se pretende medir la presión venosa central; las venas de los miembros inferiores se emplean cuando las venas antes mencionadas no son accesibles o cuando la región superior del cuerpo está afectada por quemaduras.

Sin embargo, existe una fuerte relación entre la cateterización de las venas de los miembros inferiores y la incidencia de tromboflebitis y de fenómenos tromboembólicos. Tunelización: es una forma de punción percutánea combinada con venodisección; tiene como finalidad alejar el sitio de inserción a la vena del sitio de salida del catéter mediante

b) Indicaciones³.

Cuadro. 1 Indicación De Cateterizacion Venosa Central

Monitorización hemodinámica*:
<ul style="list-style-type: none">• Medición de presión venosa central• Instalación de catéter en arteria pulmonar
Acceso vascular:
<ul style="list-style-type: none">• Malos accesos venosos periféricos• Requerimientos de múltiples infusiones en forma simultánea
Administración de sustancias vasoactivas o tóxicos irritantes:
<ul style="list-style-type: none">• Drogas vasoactivas: adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina, isoproterenol, nitroprusiato, nitroglicerina, amrinona, milrinona, aminofilina y otras.• Antibióticos: amfotericina-B y antibióticos en altas dosis y tiempo prolongado• Nutrición parenteral total (sustancias hipertónicas)• Quimioterapia
Procedimientos radiológicos y terapéuticos:
<ul style="list-style-type: none">• Procedimientos dialíticos• Instalación sonda marcapaso• Instalación filtro vena cava inferior• Acceso a vena cava inferior y vena suprahepática (TIPS)• Circulación extracorpórea (en falla respiratoria severa)• Acceso a circulación pulmonar (tromboembolismo pulmonar)
<small>* La monitorización hemodinámica debe hacerse a través de circuitos hidráulicos cerrados y en Unidades adecuadas y entrenadas para tales efectos (Urgencia, UTI's, Intermedios y Recuperación).</small>

Fuente: <http://www.medigraphic.com>.

³ <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2003/e-en03-3/em-en033c.htm>

En general, hablamos de catéter venoso central cuando el catéter accede al compartimiento intratorácico, idealmente en vena cava superior, pudiendo también quedar en aurícula derecha u otra vena de alto flujo.

c) Técnica de instalación y vías de abordaje

La mayoría de estos catéteres son de polímeros de poliuretano o de silicona y se introducen con la técnica de Seldinger, que minimiza los riesgos de trauma y embolias durante la punción.

El procedimiento se puede realizar en la misma cama del paciente o en una Unidad apropiada para tales efectos, dependiendo de las comodidades que se tengan. La pieza debe estar bien iluminada y silenciosa, especialmente si el paciente está despierto, para permitir un contacto permanente entre el operador y el paciente. Un ligero Trendelenburg (15°) al momento de la punción puede ser recomendable, si bien la posición plana es adecuada para la mayoría de los pacientes.

Debe tenerse especial cuidado en la posición en pacientes hipovolémicos y en aquéllos con insuficiencia respiratoria. La zona elegida debe estar adecuadamente expuesta y preparada, y una anestesia local generosa permitirá un trabajo más tranquilo por parte del operador. En pacientes vigiles es mejor no tapar los ojos para disminuir la ansiedad, y mantener el contacto verbal al ir explicando los pasos a seguir. Si el paciente está muy ansioso, la canulación previa de una vena periférica para la administración de pequeñas dosis de opiáceos o benzodiacepinas puede ser útil.

Cuadro 2. Guía de inserción de accesos venosos vasculares.
Guías para la inserción y el manejo de los accesos vasculares en UTI para la prevención de infección relacionada al catéter

Higiene	Lavado de manos Desinfección de manos	Para manos sucias, seguido de desinfección. Para cualquier cuidado y manipulación.
Material	Preparación	Material dispuesto de acuerdo a lista detallada para evitar interrupciones durante el procedimiento.
Paciente	Instalación	Paciente y equipos dispuestos de modo que el operador tenga un fácil acceso.
Inserción	Preparación de la piel Antisepsis Técnica Sitio Fijación	Corte de pelo en vez de rasurado. Limpieza con clorhexidina o povidona. Precauciones de barrera (guantes, gorro, mascarilla y delantal). Promover vía subclavia y PICC. Punto simple 0,5 a 1 cm de entrada a la piel.
Protección	Parche transparente	
Manipulación	Medidas generales Toma de muestra Infusión de drogas Gasto cardíaco y PVC	Nuevas tapas después de cada apertura. Uso de tómulas con antiséptico. Líneas nuevas para cada administración. Sistemas cerrados.
Reemplazo	72 horas 24 horas	Para parches y líneas. En caso de uso de lípidos y hemoderivados.
Retiro	En general Condiciones especiales	Líneas periféricas a las 72 horas. Línea central: evidencias de sepsis local o sistémica. Pronto retiro si ya no se requiere vía central. Cambio por guía de Seldinger en caso de sepsis de origen no claro.

Modificado de: Pearson ML (Am J Infect Control 1996) y Eggimann P et al (Lancet 2000).

d) Técnicas o métodos de inserción

Percutánea: se realiza venopunción directa con aguja metálica o de un material flexible, como en la venopunción periférica, y se desliza a través de la aguja un catéter flexible (PICC o el *drum*). Las venas de preferencia son las metacarpianas, mediana, basilica, cefálica, humeral, axilar, safena y yugulares externas. En los niños es común el uso de la temporal y la facial, y en los recién nacidos la umbilical.

Seldinger: combina la punción percutánea con aguja 18-20 Ga y el paso del catéter a través de una guía metálica y el uso de un dilatador para facilitar el paso y permanencia del catéter. Disminuye en forma importante la incidencia de complicaciones mecánicas relacionadas con la inserción. Se utiliza para acceder a grandes vasos como las venas subclavias, yugulares internas y femorales. En pacientes con alto riesgo de complicaciones, como aquellos con hipovolemia, desnutrición u obesidad, sospecha de malformación de grandes vasos, múltiples punciones anteriores, antecedentes de trombosis, hipercoagulabilidad, inmunocompromiso, entre otras, se utiliza,

e) Personal que interviene

Enfermera/o.

f) Precauciones

- Confirmar que el paciente no es alérgico a la Povidona yodada y/o al látex .
- Máxima asepsia en la realización de la técnica , ya que debemos considerar la inserción de este tipo de catéteres como el de una vía central.
- Utilizar preferentemente las venas Cefálica o basilica.
- Si al introducir el catéter hay resistencia:
 - No forzar.
 - No retroceder el catéter a través de la aguja.
- Comprobar que está en vía venosa.
- Comprobar radiológicamente la correcta colocación.
- Evitar acodamientos del catéter una vez introducido.
- Evitar maniobras de desobstrucción, que puedan ocasionar el desplazamiento de coágulos.
- Evitar la introducción excesiva del catéter.
- Una vez fijado el catéter, no volverlo a introducir más.

g) Material

- Mesa auxiliar para colocar el material.
- Compresor
- Tiras adhesivas estériles.
- Gasas estériles
- Solución antiséptica: Povidona yodada, Clorhexidina acuosa al 2% o

- Clorhexidina alcohólica al 0,5%. Alcohol 70%.
- Apósito estéril
- Esparadrapo
- Solución a perfundir
- Equipo de infusión
- Llave de tres pasos con alargadera.
- Tapón
- Soporte de suero.
- Contenedor de material punzante.
- Bolsa de residuos.
- Guantes *estériles* de látex o de otro material en el caso de posibles alergias al látex.
- Catéter endovenoso largo (Drum).
- Paños y guantes estériles.

h) Ejecución

Preparación del personal:

Lavado higiénico de manos con agua y jabón y posteriormente solución hidro – alcohólica o lavado con antiséptico de manos (Daroxidina), así como posición adecuada y cómoda

i) Procedimiento

- Informar al paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino, con el brazo extendido, en rotación
- externa y la cabeza girada hacia el lado donde vamos a realizar la punción.
- Disponer el material en una mesa auxiliar.
- Seleccionar la vena.
- Colocar un torniquete aproximadamente a unos 20 cm. por encima de la flexura del codo.
- Aplicar Povidona yodada.
- Ponerse guantes estériles, bata y mascarilla.
- Colocar paños estériles.
- Punción de la piel con el bisel hacia arriba y tensando la piel en sentido contrario a la punción.
- Canalizar la vena.
- Observar el reflujo de sangre.
- Retirar el compresor.
- Introducir el catéter lentamente y una vez finalizada la introducción retirar el tambor.
- Retirar la aguja, haciendo compresión con gasas estériles sobre la zona de punción.
- Cubrir la aguja con el protector de plástico y dejarla situada en la parte proximal del catéter.
- Retirar el fiador.
- Conectar el suero.
- Fijar el catéter a la piel con tira adhesiva de sutura cutánea estéril.

- Enroscar sin acodar lo que queda del catéter.
- Cubrir con apósito estéril.
- Anotar la fecha de punción en el esparadrapo aplicado sobre el apósito.
- Colocar el brazo del paciente en posición cómoda y correcta.
- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Lavar las manos.
- Anotar la actividad en la hoja del plan de cuidados de enfermería.
- Cursar petición de Rx de Tórax para comprobar la correcta colocación del catéter.
- Vigilar el lugar de punción al principio de haberse realizado la venopunción por si sangrara.

VI. LÍMITES

Lugar: Hospital General de México O.D.

Espacio: Servicio de Urgencias Médicas Sección 401 A

Tiempo: Del 1 de agosto de 2006 al 31 de diciembre del mismo año.

Horario: Turno nocturno, velada "A", de 21 a 7 horas.

VII. ORGANIZACIÓN

Jannet Cruz Díaz. Asesor externo Hospital General de México O.D.

Alejandra Gómez Martínez. Asesor interno UAM Xochimilco

Brenda L. Macías Vargas Pasante licenciatura en Enfermería

VIII. RECURSOS

a) Humanos

Cuadro 3 Recursos humanos

Recurso humano	Numero de personas
Líder	1
Colaboradores	9
Asesores	4

Fuente: Guía de observación, para la instalación de CVC.

• ASESORES

Comité de calidad de los servicios de enfermería

- Janett Cruz Díaz Asesor externo Hospital General de México O.D.
- Patricia Martínez Pérez Comité de Calidad de los servicios en Enfermería HGM. O.D.
- Mario A. Calderón Santos Comité de Calidad de los servicios en Enfermería HGM. O.D
- Alejandra Martínez Gómez. Asesor interno UAM Xochimilco

Funciones

Proporcionar elementos teórico metodológicos
Asesorar durante todo el procedimiento de la mejora continua
Evaluar periódicamente la aplicación del programa.

- LIDER:

- Brenda Liliana Macías Vargas P.S.S. Lic. Enfermería

Funciones:

Coordinar las actividades del grupo de mejora continua.
Delegar la elaboración de minutas y llevar el control de estas.
Dar seguimiento a las actividades programadas.
Elaborar un informe

- COLABORADORES

- Personal del servicio.

Funciones:

Participar activamente en la elaboración e implementación de programa.
Realizar las minutas y otras tareas administrativas que le delegue el líder.
Representar al líder cuando se le designe.
Dar seguimiento a las actividades programadas.

b) Material y equipo

Cuadro 4. material.

Tipo de material	Unidad de medida	Cantidad total solicitada	Costo unitario	Costo total
Hojas blancas	pqt	100		
Bolígrafo	pza	1		
Cuaderno	pza	1		
Lápiz	pza	1		
Fólder	pza	2		
Copias	pza	100	.50 c	\$ 50
Tinta para impresora	pza	2		
Clips	pza	10		
Grapas	pza	20		
Engargolado	pza	5		
Marcadores	pza	1		
Micas para acetatos	pza	40		
Acetatos	pza	40		
Correctores	pza	2		
Plumas	pza	2		
Gises	pza	10		

Fuente: Guía de observación, para la instalación de CVC.

Cuadro 5. Equipo.

Equipo	Unidad de medida	Cantidad total solicitada
Computadora	1	1
Impresora	1	1
Palm	1	1
Engrapadora	1	1
Copiadora	1	1
Engargoladora	1	1
Proyector de diapositivas	1	1
Cañón	1	1
Pizarrón	1	1

Fuente: Guía de observación, para la instalación de CVC.

c) Físicos

El trabajo se realizará en las instalaciones del Hospital General de México O.D., particularmente en el servicio de Urgencias médicas sección 401 "A"

IX. METODOLOGÍA

A. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

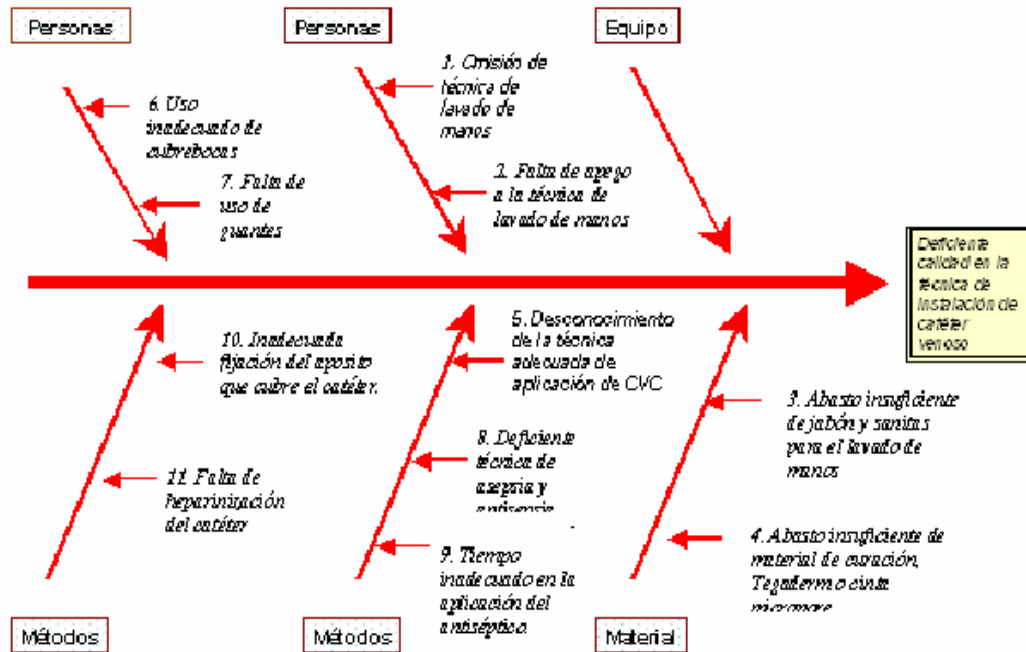
Deficiente calidad en la técnica de instalación de catéter venoso central (CVC)

B. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA

1. Omisión de la técnica de lavado de manos.
2. Falta de apego a la técnica correcta de lavado de manos.
3. Abasto insuficiente de jabón y sanitas para el lavado de manos.
4. Abasto insuficiente de material de curación, como tegader^R o cinta micropore
5. Desconocimiento de la técnica adecuada de aplicación de catéter venoso central.
6. Uso inadecuado de cubre bocas.
7. Falta de uso de guantes.
8. Deficiente técnica de asepsia y antisepsia
9. Tiempo inadecuado en la aplicación del antiséptico.
10. Inadecuada fijación del aposito que cubre el catéter.
11. Falta de un estándar para la heparinización de las luces del catéter venoso central.
12. Inexistencia de equipos para la instalación de CVC.
13. Desinterés por conocer la técnica correcta para la instalación del CVC.
14. Equipo hospitalario insuficiente, como mesas Pasteur para poder colocar adecuadamente el material a utilizar.

C. DIAGRAMA DE CAUSA – EFECTO (DIAGRAMA DE ISHIKAWA)

Cuadro 6. Diagrama causa – efecto.



Fuente: Guía de observación, para la instalación de CVC.

D. PRIORIZACIÓN DE LAS CAUSAS

Cuadro 7. Priorización de las causas

CAUSA	1	2	3	4	5	TOTAL
1. Omisión de la técnica de lavado de manos.	5	5	5	5	5	25
2. Falta de apego a la técnica correcta de lavado de manos.	4	5	3	4	4	20
3. Abasto insuficiente de jabón y sanitas para el lavado de manos.	5	4	3	1	2	15
4. Abasto insuficiente de material de curación, como tegader ^R o cinta micropore	4	3	3	4	3	17
5. Desconocimiento de la técnica adecuada de aplicación de catéter venoso central.	5	5	5	5	5	25
6. Uso inadecuado de cubre bocas.	4	3	3	2	3	15
7. Falta de uso de guantes.	4	4	5	4	5	22
8. Deficiente técnica de asepsia y antisepsia	5	4	5	4	4	22
9. Tiempo inadecuado en la aplicación del antiséptico.	4	3	4	4	3	18
10. Inadecuada fijación del aposito que cubre el catéter.	2	3	2	2	2	11
11. Falta de heparinización del catéter	4	3	2	2	2	13

Fuente: Guía de observación, para la instalación de CVC.

CAUSAS PRIORIZADAS.

- Omisión de la técnica de lavado de manos.
- Desconocimiento de la técnica adecuada de aplicación de catéter venoso central.

X. ACCIONES DE MEJORA

La ciencia ha sentado las bases de nuestro conocimiento y por ende de nuestra educación. De esta manera también ha sido la generadora de varios de los modelos al señalar varios hechos como verdades absolutas, la mayoría de los individuos ya no continuamos con la comprensión del mismo y, por lo tanto, no avanzamos en el proceso de mejora continua.

El entender este proceso significa comprender el hecho de que no hay soluciones únicas a los problemas, sino varias, todas ellas susceptibles de ser mejoradas.

Este principio se aplica tanto a las personas como a las organizaciones donde laboramos, las actividades que realizamos de forma cotidiana, tanto de manera organizacional, pueden mejorarse para crear instituciones más competitivas en todos los campos posibles.

Hablando en el sentido de las organizaciones, ya sean públicas o privadas, ya no se puede decir que tal vez podrían implementar el proceso de mejora continua, sino que deben de aplicarlo lo más pronto posible si quieren continuar compitiendo en un mundo globalizado, con cada vez menos fronteras comerciales, y más competencia y donde la sociedad exige cada vez más servicios de calidad.

La mejora continua permite, entre otras ventajas reducir costos, desperdicios, tiempos de espera, aumentar los índices de satisfacción de los clientes, aprovechar al máximo la capacidad intelectual de todos los empleados, manteniéndolos a los mismos tiempos motivados y comprometidos con la organización.

Ahora bien, se reconoce que existen varias barreras que se interponen para la buena implementación del proceso de mejoramiento continuo, en primer lugar nuestra propia educación que nos ha impuesto la cultura de no cuestionar y detenernos en la búsqueda de una mejor solución al encontrar la primer respuesta correcta; esto nos lleva a la segunda barrera que es la falta de exigencia de un aprendizaje continuo y permanente.⁴

La mayoría de las personas huye a todo lo que tenga que ver con, capacitación, y evaluación, y solo acuden a ellos cuando son obligados; esto nos lleva a una tercera barrera: la necesidad de compromiso, persistencia y disciplina que la mejora continua requiere, conceptos que en muchos individuos no se encuentran muy arraigados.

Por ultimo, aunque tal vez sea la barrera principal, tenemos el miedo al cambio, el cual ciega a individuos y organizaciones impidiéndoles darse cuenta que lo que ayer les funciono hoy ya los está retrasando en este mundo que se mueve y avanza más rápido cada día.

⁴ Torres 2003.

Vencer estas barreras no es fácil ni rápido. Se requiere tiempo, recursos de todas las clases y, sobre todo, se requiere compromiso. Lo principal es entender que este proceso no se trata solo de mejorar lo que siempre se ha hecho sino encontrar nuevas formas de hacerlo.

Esto implica muchos cambios, como el hecho de aprender a trabajar en equipo dejando a un lado el viejo esquema en donde uno piensa y los demás trabajan y adoptando otro donde todos piensen y trabajen para mejorar.

Lo más importante de todo esto es no ver a la mejora continúa como una forma o procedimiento laboral, sino como una forma de vida. Al hacerlo podremos crecer como individuos y por ende las organizaciones también crecerán. El camino es arduo, pero al final vale la pena intentarlo.

Por todo lo anterior a continuación se diseñan las siguientes intervenciones que podrán servir, para mejorar la calidad de la técnica que se ha venido estudiando durante todo este trabajo, la instalación de catéter venoso central a usuarios del servicio de urgencias medicas del Hospital General de México.

Servicio y Sección: Urgencias médicas 401 C**Causa priorizada: Omisión de la técnica de lavado de manos.**

Cuadro 8. Causa priorizada, omisión de la técnica de lavado de manos.

Acción de mejora	Tareas a desarrollar	Responsables	Periodo de implementación	Resultados esperados
1. Fomentar el lavado de manos.	1.1 Revisión de bibliografía.	Líder	Mes de noviembre.	10 artículos revisados y 6 revisiones bibliográficas.
	1.2 Elaboración de un volante. (ver anexo)	Líder y colaboradores.	1ª semana de diciembre.	Volante elaborado.
	1.3 Difusión de la técnica al personal de enfermería.	Líder	Mensual	100 % personal de enfermería que recibió la información.
2. Sensibilización del personal de enfermería.	2.1 Elaboración de material didáctico (para sesión, de lavado de manos).	Líder	2ª semana de diciembre.	Presentación en power point, realizada.
	2.2 Planeación de sesión.	Líder	2ª semana de enero.	Carta descriptiva diseñada.
	2.2 Implementación de sesión.	Líder y colaboradores.	Mensual.	100 % personal capacitado.
3. Supervisión periódica de la técnica de lavado de manos.	3.1 Elaboración de guía de observación.	Líder y colaboradores.	Del 1º de agosto de 2006 a 31 de diciembre de 2007	Guía de observación realizada
	3.2 Aplicación de la guía de observación en el servicio.	Líder		Guía aplicada
	3.3 Análisis de los resultados.	Líder y colaboradores.		Informe realizado
	3.4 Elaboración de acciones de mejora continua	Líder y asesores.		Plan elaborado

Fuente: Guía de observación, para la instalación de CVC.

Servicio y Sección: Urgencias médicas 401 C
Causa priorizada: Desconocimiento de la técnica adecuada de instalación de catéter venoso central.

Cuadro 9. causa priorizada, desconocimiento de la técnica adecuada de instalación de CVC

Acción de mejora	Tareas a desarrollar	Responsable	Periodo de implementación	Resultados esperados
1. Capacitar al personal de enfermería del servicio de urgencias médicas.	1.1 Elaboración de un manual didáctico que contenga la técnica correcta de la aplicación del CVC.	Líder	2ª quincena de diciembre.	Manual elaborado.
2. Brindar elementos teórico prácticos.	2.1 Difusión de los procedimientos correctos entre el personal de enfermería del servicio.	Líder y asesores.	1ª quincena de febrero de 2007	100 % del personal de enfermería que recibió la información.
	2.2 Implementar un curso- taller sobre aplicación de CVC, al personal del turno.	Líder y asesores.	2ª quincena de febrero.	
	2.3 Elaboración de un folleto y tríptico informativo.	Líder y colaboradores.	1ª quincena de diciembre.	Folleto y tríptico elaborado.
	2.4 Proporcionar material escrito que promueva la correcta técnica de aplicación de CVC.	Líder.	1ª quincena de enero.	Material escrito entregado.

Fuente: Guía de observación, para la instalación de CVC.

XI. GRAFICA DE GANTT

Cuadro 10 Grafica de Gantt

		Diciembre 2006 -marzo 2007																			
		SEMANAS																			
		D I C I E M B R E					E N E R O					F E B R E R O					M A R Z O				
		1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª	
TAREA	RESPONSABLE	1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª	
1. Revisión de bibliografía.	L	R																			
2. Elaboración de volante.	L y C		R																		
3. Difusión de técnica al personal de enfermería.	L				P										P						P
4. Elaboración de material didáctico	L		R																		
5. Planeación de sesión.	L							P													
6. Implementación de sesión	L y C												P								
7. Elaboración de guía de observación.	L y C				R																
8. Aplicación de la guía de observación en el servicio.	L										P										
9. Análisis de los resultados.	L y C																				P
10. Elaboración de manual didáctico con técnica de instalación de CVC.	L y A			R																	
10. Difusión de Los procedimientos correctos entre el personal de enfermería del servicio.	L y A								P												

Fuente: Guía de observación, para la instalación de CVC.

Continua...

Claves: **P** = Programado **R** = Realizado **L** = Líder
A = Asesores **C** = Colaboradores

		Diciembre 2006 -marzo 2007																			
		SEMANAS																			
		DI	CI	EM	BR	E	E N E R O				FE BR ER O				M A R Z O						
TAREA	RESPONSABLE	1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª	
11. Implementar curso- taller sobre aplicación de CVC, al personal del turno.	L y A																				
12. Elaboración de un folleto o tríptico informativo.	L y C		R																		
14. Proporcionar material escrito que promueva la correcta técnica de aplicación de CVC.	L																				

Fuente: Guía de observación, para la instalación de CVC.

Claves: **P** = Programado **R** = Realizado **L** = Líder
A = Asesores **C** = Colaboradores

XII. MONITOREO, EVALUACIÓN E INFORMACIÓN

Monitoreo.

Se realizará a través de la continua supervisión de las actividades asignadas a cada colaborador.

Se realizaran reuniones con el equipo de mejora continua para comentar y revisar los avances del proyecto y realizar ajustes en caso de que esto sea necesario.

Evaluación.

La evaluación del programa se realizará al finalizar este, con la finalidad de valorar que el objetivo que el programa perseguía fue alcanzado, posteriormente, el comité de calidad emitirá un informe con los resultados obtenidos.

Información.

El líder elaborara informe, acerca de las actividades dirigido al comité de calidad.

El comité de calidad elaborara informe mensual de los avances del programa a la subdirección de enfermería.

Difundir la experiencia en foros de calidad.

XIII. GLOSARIO DE TERMINOS

- *Antisepsia*: Conjunto de métodos terapéuticos para destruir microorganismos
- *Asepsia*: Ausencia de gérmenes patógenos; método para evitar la invasión de microbios en el organismo.
- *Calidad*: Es la satisfacción de las necesidades y expectativas percibidas por los clientes o pacientes.
- *Calidad de la atención de enfermería*: Son los cuidados de enfermería que se brindan con eficiencia en el dominio de los conocimientos y principios éticos vigentes para la satisfacción de las necesidades de cuidado y expectativas de salud del paciente.
- *Competencia Profesional*: Capacidad del equipo de salud, para utilizar los más avanzados conocimientos y recursos disponibles, para resolver los problemas de salud de los pacientes y producir su máxima satisfacción.
- *CONAMED*: Comisión de arbitraje medico
- *CVC*: Catéter Venoso Central
- *Diagrama de Ishikawa o de causa-efecto*: Técnica de análisis de causa y efectos para la solución de problemas, relaciona un efecto con las posibles causas que lo provocan.
- *Equipo de mejora*: Conjunto de personas de varios niveles jerárquicos de la misma o de diferente disciplina, cuya integración temporal tiene como propósito analizar, estudiar y proponer mejoras a un determinado procedimiento o proceso.
- *Estrategia*: Arte de coordinar las acciones y de obrar para alcanzar un objetivo.
- *Estudio observacional*: Tipo de estudio que se lleva a cabo por medio de la observación.
- *Estudio longitudinal*: Estudio que implica el seguimiento de un proceso durante un determinado tiempo.
- *Estudio prospectivo*: Cuando por medio de documentos se indaga sobre un fenómeno que sucederá desde el momento presente, y de ahí hacia delante
- *Evaluación*: Procedimiento en el que se cuestiona el logro de los objetivos del programa de mejora, a través de la comparación de los resultados entre antes y después de las acciones.

- *Grafica de Gantt*: Grafico que establece el orden y el lapso en que deben ejecutarse las acciones que constituyen un proyecto.
- *Introgenia*: Son las alteraciones del estado del paciente, producidas por el médico
- *Indicador de calidad*: Es una medida cuantitativa que puede usarse de guía para controlar y valorar la calidad de actividades en la atención a pacientes
- *Instalación de CVC*: Procedimiento por medio del cual, se introduce un catéter en una vena periférica, para la administración directa al torrente sanguíneo de fluidos, medicamentos y componentes sanguíneos, que permiten restablecer o conservar el equilibrio hidroelectrolítico y hemodinámico del paciente.
- *Mejora continua*: Conjunto de herramientas, métodos, estrategias, políticas, planes e instrumentos que combinados de tal forma que dentro de una filosofía de gestión permiten lograr la mejora de procesos de forma continúa y paulatina en un servicio.
- *Monitoreo*: Medición sistematizada del comportamiento del fenómeno, así como de una o más de sus variables, durante periodos establecidos y con frecuencias determinadas para un control estadístico y retroalimentar o fortalecer la mejora continua.
- *Terapia endovenosa*: Procedimiento mediante el cual se vigila y controla el paso de los elementos terapéuticos, abarca desde el momento en que se inicia la infusión de los líquidos y medicamentos, hasta el retiro del catéter.

XIV. REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 4ª edición, Ed. Mc. Graw Hill; México 1998, p 362.
- Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud pública; México 1990.
- Echeverri de Pimiento Sonia, Enfra. Jefe de servicio de soporte metabólico, fundación Santa Fe de Bogota. Acceso venoso central. De seguimiento asistencial a indicador de gestión. Medicina 2002; 24:169-187.
- Carlos de la Vega Lezama. Un paso hacia el método científico, 3ª edición 2004, México D.F., Instituto Politécnico Nacional, 41 a 64 y 66 a 72.
- Guía de Prevención de Infecciones Relacionadas con Catéteres Intravasculares. Versión española adaptada 2003, de Guidelines for the prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2002. CDC - USA
- Hernández Santander Clara. Adiestramiento de enfermería en el manejo del acceso vascular. Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Hospital Central Militar Ciudad de México. Revista de Sanidad Militar de México 2006, (60) 1.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, "Guía técnica para la diagramación y descripción de procedimientos", Diagrama de flujo símbolos básicos, Clave de Norma 093-0001, México, 1996, pp. 78-81.
- Ishikawa, K ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa. Ed. Norma, México, 1986, pp. 38-97.
- Lineamientos para la mejora continúa de los servicios de enfermería. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Secretaria de Innovación y Calidad. 2004
- Martínez JR. Manual de implantación de un proceso de mejoramiento de la calidad, Ed. Panorama Editorial, 1998, p 83.
- Montemayor Hernández, María Velia, María Consuelo García Treviño, Yolanda Garza Gorena. Guía para la investigación documental. México: Trillas, 2002, (reimpresión 2003).
- Münch, Lourdes, Ernesto Ángeles. Métodos y técnicas de investigación. México: Editorial Trillas, 2001.
- Nelly R. Manual de solución de problemas para el mejoramiento de la calidad. Panorama editorial, México 1992, pp 69-81

- Ortega Vargas Carolina, Suárez, Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería, Estrategias para su aplicación. 1ª edición. Editorial Panamericana, México, 2006.
- Programa de Trabajo del Comité de Calidad en los Servicios de Enfermería, 2005-2006. Hospital General de México, O.D. Dirección General Adjunta Médica, Subdirección de Enfermería
- Secretaría de Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, 3 Indicadores. México, 2004
- Secretaría de Salud. Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad. En: Cruzada nacional por la calidad, atención hospitalaria segundo nivel, glosario y referencias, fascículo 11, México 2003, p 5.
- Torres PML, Rivas CR, Aguilar MC. Instalación de catéter venoso central como estándar de calidad en el cuidado enfermero Revista Mexicana Enfermedades Cardiológicas 2003; 11 (3): 102-106

MESOGRAFICAS

- ❑ www.hgm.salud.gob.mx
- ❑ <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2003/e-en03-3/em-en033c.htm>
- ❑ <http://www.pedisurg.com/SpanishPediSurg/sp-AccesoVenosoCentral.htm>
- ❑ <http://www.cenetec.gob.mx/archivoscenetec/lic-juana-jimenez.pdf>.
- ❑ <http://www.google.com/search?q=cache:p2Ep0RV4IzQJ:www.cenetec.gob.mx/archivoscenetec/lic-juana-jimenez.pdf+COMISION+INTERINSTITUCIONAL+DE+ENFERMERIA&hl=es&gl=mx&ct=clnk&cd=5>
- ❑ www.femafee.com.mx
- ❑ www.CNE.com. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Plan rector de Enfermería (s/f).
- ❑ www.SSA.gob.mx
- ❑ <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2003/e-en03-3/em-en033c.htm>
- ❑ Cateterización venosa central y accesos vasculares. Formato de archivo PDF/Adobe Acrobat-versión en html www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2003/e-en03-3/em-en033c.htm
- ❑ Rojas G. Serrano. Complicaciones del Catéter Port-A-Cath, Rev. Med Hosp. Gen. 1998. www.imbiomed.com.mx/HG/Hg61n1/espanol/Whg81-02.html-10k.
- ❑ Sellado antibiótico de catéter, Formato de archivo PDF/adobe Acrobat-versión en thlm, www-unav.es/revistamrdicina/ocho/sellado.pdf

XV. ANEXOS

A. GUIA DE OBSERVACION, LAVADO DE MANOS

B. FLUJOGRAMA DE LAVADO DE MANOS

C. HOJA INFORMATIVA DE INFORMACION DE LAVADO DE MANOS

D. TRIPTICO DE LAVADO DE MANOS

E. GUIA DE OBSERVACION, CATETER VENOSO CENTRAL

**F. HOJA INFORMATIVA DE INFORMACION DE INSTALACION DE
CATETER VENOSO CENTRAL**

G. TRIPTICO DE INSTALACION DE CATETER VENOSO CENTRAL

A. GUIA DE OBSERVACION, LAVADO DE MANOS

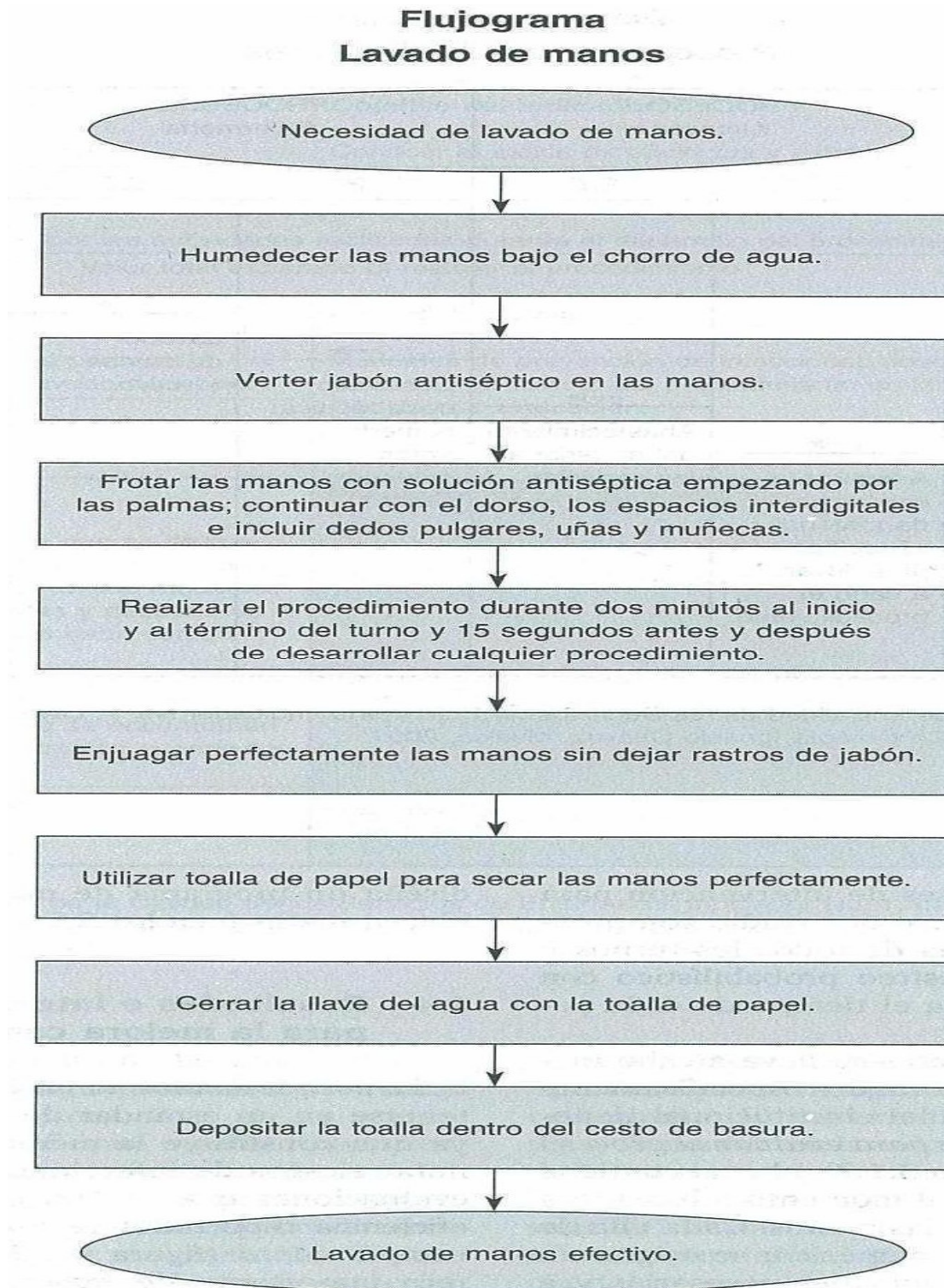
Cuadro 9. Guía de observación de lavado de manos

Fecha	Servicio	N. De casos	Lavado de manos	Humede- cer las manos	Verter jabón antisép- tico	Frotar las manos	Enjuagar perfecta mente	Cerrar la llave con toalla de papel	Lavado de manos efectivo
23-08-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
25-08-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
27-08-06	107	0							
31-08-06	401	3	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N
02-09-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
04-09-06	401	2	S-N	S-N	S-N	S-N	S-N	S-N	S-N
06-09-06	307	0							
08-09-06	401	2	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S
10-09-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
14-09-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N
16-09-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N
18-09-06	401	3	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N
20-09-06	401	2	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S
22-09-06	406	0							
24-09-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N
28-09-06	106	0							
30-09-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
02-10-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N
04-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
06-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
08-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
12-10-06	111	0							
14-10-06	108	0							
16-10-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N
18-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
20-10-06	401	3	N-S-N	N-S-N	N-S-N	N-S-N	N-S-N	N-S-N	N-S-N
22-10-06	401	2	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S
26-10-06	401	3	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N
28-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
30-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
01-11-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
03-11-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
05-11-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N
09-11-06	401 filtro	0							
11-11-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N
13-11-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
15-11-06	203	0							
17-11-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
19-11-06	401	2	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S
07-12-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N
11-12-06	401	4	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S	
13-12-06	401 CEyE	1	S	S	S	S	S	S	S
15-12-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
17-12-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
21-12-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
23-12-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S
25-12-06	Festivo								
27-12-06	401	2	N-N	N-N	N-N	N-N	N-N	N-N	N-N
29-12-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N
31-12-06	Festivo	0							

Fuente: Observación continua durante las guardias dentro del servicio de Urgencias Médicas.

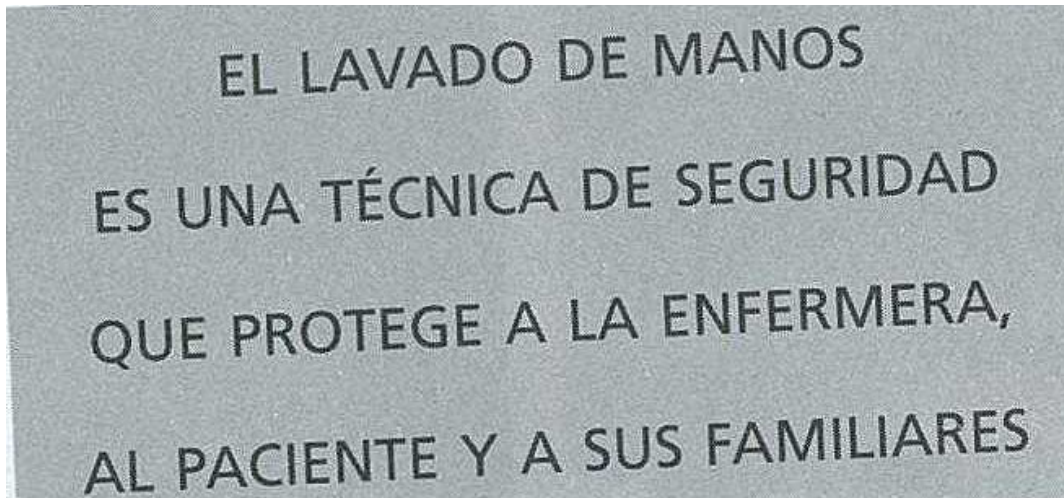
CLAVES: S = SI
N = NO

B. FLUJOGRAMA DE LAVADO DE MANOS



Fuente: Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Instituto Nacional de cardiología Ignacio Chávez. México

C. HOJA INFORMATIVA DE LAVADO DE MANOS



NO HAY SUSTITUTO

Se estima que la efectividad del lavado de manos es la reducción y control de las infecciones nosocomiales es de 50 a 80 %.

Le invitamos a formar parte de la campaña de lavado de manos permanente.

Objetivo

Mejorar la calidad de atención de los pacientes de la institución.

Puntos importantes:

Aplicar correctamente la técnica de lavado de manos.

Lavar las manos antes y después de realizar un procedimiento invasivo y no invasivo.

Lavar las manos durante 2 minutos al llegar y salir del servicio

Lavar las manos 15 segundos entre un procedimiento y otro.

Las manos deben estar libres de alhajas.

Con las ungas limpias cortas u sin esmalte.

El uso de los guantes no suple el lavado de manos.

D. TRIPTICO DE LAVADO DE MANOS

**HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO O.D.
Comité de Calidad de
los Servicios en
Enfermería**

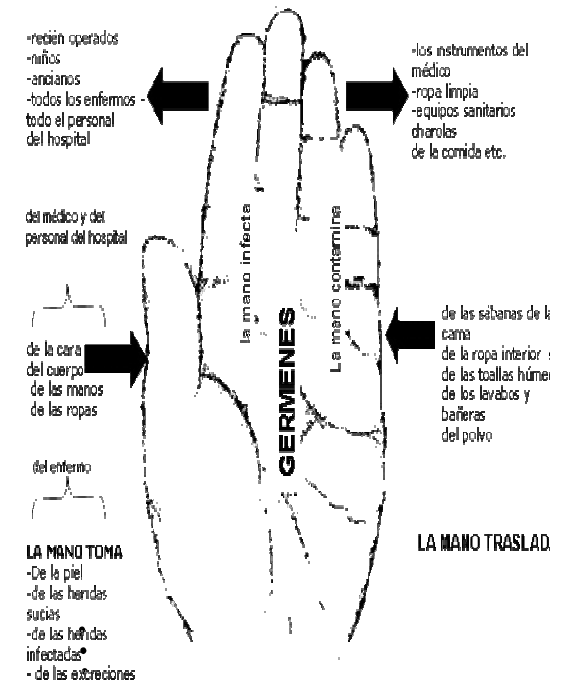
**TU PUEDES
HACER QUE
ENTUS
PACIENTES, SE
REDUSCA EL
RIESGO DE
INFECCIONES**

**NECESITA S M A S
INFORMACION
A CERCA DE ESTE
TEMA**



COMUNICA TE CON:

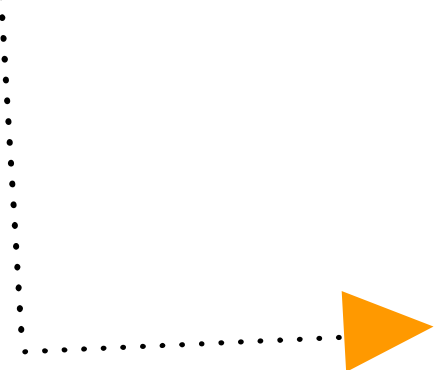
**Comité de Calidad de los
Servicios en Enfermería,
Ext. 14 31**



El lavado de manos es un control de infecciones sencillo y eficaz, así que...

¿Por qué las personas no se lavan las manos?

La educación para la salud del paciente, trabajadores y familiares debe incluir información referente a las infecciones, el modo de transmisión y los métodos de prevención



Lavado de manos

La buena salud depende en parte de un entorno seguro. Las prácticas que controlan o previenen la transmisión de enfermedades ayudan a proteger al paciente, al personal y familiares de la amenaza de estas. Los pacientes corren el riesgo de sufrir infecciones debido a una menor resistencia a los microorganismos infecciosos, mayor exposición al número y al tipo de microorganismos causantes de enfermedades, y a procedimientos invasivos.

La mayoría de los trabajadores de la salud no nos percatamos de la necesidad que existe de un lavado de manos antes y después de cada procedimiento que realizamos.

En la práctica cotidiana se ha observado una disminución en el hábito del lavado de manos, como consecuencia de la falta de supervisión, carencia de insumos y desapego a los procedimientos y técnicas correctas, situación que favorece la transmisión de enfermedades.



La mayoría de procedimientos invasivos que se efectúan a los pacientes hospitalizados son realizados por el personal de enfermería como la instalación de vía venosa periférica, CVC. Procedimientos que a la vez contribuyen como principales causas de infecciones nosocomiales.

¿Quién debe lavarse las manos?

Cualquier persona cuyas manos toquen al paciente (es responsable de prevenir la propagación de gérmenes usando las manos antes y después de cualquier contacto con un paciente).

Cualquier persona que toque los artículos que también tocara el paciente Al realizar un procedimiento para el cual se necesita utilizar guantes (las manos deben lavarse antes y después de este tipo de procedimientos).

¿Cuándo deben lavarse las manos?

Al llegada al hospital para eliminar los microorganismos traídos consigo desde el exterior.

Antes y después de realizar procedimientos invasivos en el paciente.

Antes y después de entrar y salir de la unidad del paciente.

Antes y después de atender pacientes particularmente susceptibles, como son los inmunocomprometidos y los recién nacidos.

Antes y después de tocar heridas bien sean quirúrgicas, traumáticas, o asociadas con un instrumento invasivo.

Antes, entre y después de todos los contactos físicos con los pacientes en todos los servicios, incluyendo las unidades de alto riesgo.

Antes y después de situaciones durante las cuales la contaminación microbiana de las manos puede Ocurrir, especialmente en aquellos casos que incluyen el contacto con membranas, mucosas, sangre o líquidos corporales, secreciones y excreciones.

Antes y después de tocar fuentes inanimadas que probablemente este contaminadas con microorganismos; como instrumentos para medir orina o recipientes para recolectar secreciones.



Antes de preparar medicamentos y antes de administrarlos al paciente.

Como lavarme las manos



1. Humedecer las manos.



2. colocar una dosis de jabón.



3. Jabonar toda la superficie de manos y muñecas.



4. Jabonar y frotar en espacios interdigitales.



5. Enjuagar con abundante agua.



6. Tomar una toalla de papel.



7. Secar con toalla por cada mano.



8. Cerrar la canilla utilizando el papel.



9. Descarte la toalla.



E. GUIA DE OBSERVACION, CATETER VENOSO CENTRAL

Cuadro 10. Guía de observación de CVC.

Fecha	Servicio.	N. De casos	Explicar al pte. El procedimiento	Reunir material	Lavado de manos	Uso de guantes	Uso de cubre bocas	asepsia correcta	Colocación de parche adhesivo	Técnica correcta
23-08-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
25-08-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
27-08-06	107	0								
31-08-06	401	3	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N
02-09-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
04-09-06	401	2	S-N	S-N	S-N	S-N	S-N	S-N	S-N	S-N
06-09-06	307	0								
08-09-06	401	2	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S
10-09-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
14-09-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N	N
16-09-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N	N
18-09-06	401	3	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N
20-09-06	401	2	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S
22-09-06	406	0								
24-09-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N	N
28-09-06	106	0								
30-09-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
02-10-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N	N
04-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
06-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
08-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
12-10-06	111	0								
14-10-06	108	0								
16-10-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N	N
18-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
20-10-06	401	3	N-S-N	N-S-N	N-S-N	N-S-N	N-S-N	N-S-N	N-S-N	N-S-N
22-10-06	401	2	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S
26-10-06	401	3	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N	S-S-N
28-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
30-10-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
01-11-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
03-11-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
05-11-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N	N
09-11-06	401 filtro	0								
11-11-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N	N
13-11-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
15-11-06	203	0								
17-11-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
19-11-06	401	2	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S	S-S
07-12-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N	N
11-12-06	401	4	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S	S-N-S-S
13-12-06	401CEyE	1	S	S	S	S	S	S	S	S
15-12-06	401	2	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S	N-S
17-12-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
21-12-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
23-12-06	401	1	S	S	S	S	S	S	S	S
25-12-06	Festivo									
27-12-06	401	2	N-N	N-N	N-N	N-N	N-N	N-N	N-N	N-N
29-12-06	401	1	N	N	N	N	N	N	N	N
31-12-06	Festivo	0								

Fuente: Observación continua durante las guardias dentro del servicio de Urgencias Medicas.

CLAVES: S = SI
N =NO

F. HOJA INFORMATIVA DE INSTALACION DE CATETER VENOSO CENTRAL



REALIZA CORRECTAMENTE LAS ANOTACIONES QUE CORRESPONDAN A LA HOJA DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y MICROBIOLÓGICOS.

OBJETIVO:

Establecer una vía de acceso a la circulación, para el suministro de líquidos, medicamentos, sangre y hemoderivados.

Puntos importantes:

*Si el enfermo es alérgico a la yodopovidona utilizar clorhexidina.
Evitar puncionar venas localizadas en la fosa antecubital, zonas de flexión y parte interna del brazo y antebrazo.
No puncionar miembros con fístulas arteriovenosas e injertos.*

G. TRIPTICO DE INSTALACION DE CATETER VENOSO CENTRAL

CVC

GRACIAS a los avances técnicos y a la amplia gama de indicaciones, la cateterización de venas de alto flujo es un procedimiento ya rutinario y de uso cada vez más frecuente en Unidades de urgencias.



}

Sin embargo, persiste aún un porcentaje no despreciable de complicaciones por lo que su indicación debe ser estricta y la vía de abordaje cuidadosamente meditada de acuerdo a las condiciones individuales de cada paciente y a los objetivos que se persiguen. La experiencia del personal de enfermería en la instalación y manejo de los catéteres es fundamental en lograr una mínima tasa de complicaciones.

SI LLEVAS A CABO LAS RECOMENDACIONES MENCIONADAS, DISMINUIRAS EN GRAN NUMERO LAS POSIBLES COMPLICACIONES COMO LA INFECCION DE LAS VIAS PERIFERICAS

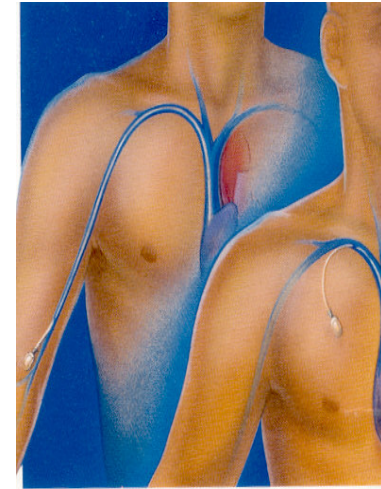


COMUNICA TE CON:

SI TIENES DUDAS A CERCA DE ESTE TEMA, REvisa LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS QUE SE ENCUENTRAN EN TU SERVICIO O COMUNICATE AL:

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

COMITÉ DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN ENFERMERIA



¿CUAL ES LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA INSTALACIÓN DEL CATETER VENOSO CENTRAL?

La instalación de CVC, a pesar de ser un procedimiento de amplia utilización en la actualidad, implica un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad para todos los pacientes y en todas las edades.

La incidencia de complicaciones está influenciada por múltiples factores, principalmente la experiencia del personal de enfermería y el uso de estrictos protocolos de manejo. La tasa global de complicaciones se correlaciona con la frecuencia de complicaciones secundarias a la inserción percutánea, a las características y al tipo del catéter, a la técnica de inserción, a su indicación y al manejo del CVC durante su permanencia.

DEFINICIÓN

La cateterización venosa se define como la inserción de un catéter biocompatible en el espacio intravascular, central o periférico, con el fin de administrar soluciones, medicamentos, nutrición parenteral, medios de contraste y realizar pruebas diagnósticas, entre otros.

INDICACIONES PARA EL USO DE CVC

1. En pacientes que requieren la administración de soluciones hiperosmolares y grandes volúmenes de soluciones para reanimación e inotrópicos. También está indicado en pacientes en quienes, por su condición clínica, no es posible acceder al espacio intravascular a través de una vena periférica.

Guías para la inserción y el manejo de los accesos vasculares

Higiene	Lavado de manos	Para manos sucias, seguido de desinfección.
	Desinfección de manos	Para cualquier cuidado y manipulación.
Material	Preparación	Material dispuesto de acuerdo a lista detallada para evitar interrupciones durante el procedimiento.
Paciente	Instalación	Paciente y equipos dispuestos de modo que el operador tenga un fácil acceso.
Inserción	Preparación de la piel	Corte de pelo en vez de rasurado.
	Antisepsis	Limpieza con clorhexidina o povidona.
	Técnica	Precauciones de barrera (guantes, gorro, mascarilla y delantal).
	Fijación	Punto simple 0,5 a 1 cm de entrada a la piel.
Protección	Parche transparente	
Manipulación	Medidas generales	Nuevas tapas después de cada apertura.
	Toma de muestra	Uso de tómulas con antiséptico.
	Infusión de drogas	Líneas nuevas para cada administración.
	Gasto cardíaco y PVC	Sistemas cerrados.
Reemplazo	72 horas	Para parches y líneas.
	24 horas	En caso de uso de lípidos y hemoderivados.
Retiro	En general	Línea central: evidencias de sepsis local o sistémica.
		Pronto retiro si ya no se requiere vía central.
	Condiciones especiales	Cambio por guía de Seldinger en caso de sepsis de origen no claro.

Modificado de: Pearson ML (Am J Infect Control 1996) y Eggimann P et al (Lancet 2000).

RECOMENDACIONES.

NUNCA hale, retuerza ni permita que el catéter se enrosque.
JNCA toque la zona de salida con los dedos.

NUNCA utilice implementos o jeringas no estériles.

NUNCA utilice tijeras u otros objetos cortantes en la proximidad de la fijación.

NUNCA utilice jeringas pequeñas para irrigar el catéter.

