

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba

FLEBITIS EN TERAPIA INTERMEDIA, ESTUDIO EN 2 MESES

Lic. Ismael Jesús Varela Martínez,¹ Dr. Rubén Bembibre Taboada,² Enf. José Miguel Calderón Ramos³ y Lic. Iroenia Reyes Janeiro¹

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal de 55 pacientes ingresados en el Servicio de Cuidados Intermedios del Hospital Provincial "Gustavo Aldereguía Lima", de la ciudad de Cienfuegos, durante los meses enero/febrero de 1997, que presentaron flebitis. Se aplicó guía de observación para determinar datos de interés como diagnóstico, tiempo de canalización, personal que realizó la punción, número de punciones efectivas, localización, relación con la administración de volumen o medicamentos irritantes, material utilizado, y edad. El diagnóstico principal fue de accidente cerebrovascular con 56,36 %. El personal que efectuó mayor número de punciones fueron licenciados en enfermería (60 %); la flebitis se presentó con mayor frecuencia de 24 a 48 h (47,27 %); el material fue desechable en la mayoría de los casos con 96,36 %, predominó el grupo de edad de 50 a 59 años y la localización en la región del antebrazo.

Descriptores DeCS: FLEBITIS.

La flebitis constituye uno de los principales problemas diarios de nuestra práctica médica y el diagnóstico más frecuente en la realización del proceso de atención de enfermería (deterioro de la integridad hística relacionada con efecto de irritantes químicos y/o bacterianos). Esto no es una situación nueva, ha sido señalada en estudios anteriores como la primera causa de

sepsis nosocomial en el centro en el período 1995-1996, ello motivó la realización de talleres de discusión por el Comité de Prevención de Infección Intrahospitalaria y se consideró que no siempre constituye sepsis nosocomial.¹ Para considerarlo así debe existir la presencia de una traducción clínica o la demostración de gérmenes vasculares asociados con la punción venosa,

¹ Licenciado en Enfermería.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna verticalizado en Terapia Intensiva.

³ Enfermero especialista en Cuidados Intensivos.

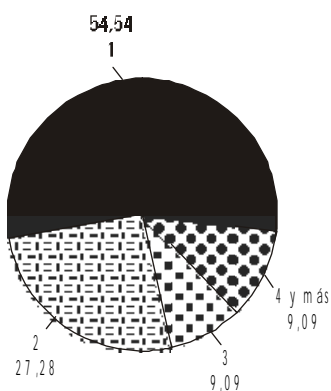
pues en muchos casos puede existir respuesta inflamatoria local debida a los agentes químicos físicos o de otra índole, que provocan la flebitis, pero que no implica una infección intrahospitalaria.²⁻⁵ En ocasiones este proceso genera reacciones fisiopatológicas diversas, con repercusión local y sistémica. No obstante, continúa siendo motivo de preocupación para el personal médico y paramédico y es un problema de gran magnitud, vinculado a la acción del personal médico y paramédico por lo que es evitable. Esto motivó este estudio en el servicio de cuidados intermedios, para dar a conocer sus aspectos fundamentales y trazar pautas para el trabajo futuro.

MÉTODOS

El universo de la investigación fue la totalidad de los pacientes que presentaron flebitis en la UCIM, durante los meses de enero y febrero de 1997, coincidiendo con la muestra, ya que no fue necesario desechar ningún expediente clínico para la recogida de datos, pues todos reunían los requisitos. Se realizó un estudio de carácter retrospectivo descriptivo de corte transversal, con el análisis de la totalidad de las historias clínicas de los enfermos en los que se realizó reporte de flebitis por el Comité de prevención de la sepsis intrahospitalaria y fue verificada la existencia de ésta por los autores de esta investigación. Se aplicó formulario para la recogida de datos de interés como edad, sexo, localización, personal que realizó la punción venosa, diagnóstico, tiempo de canalización, número de punciones efectivas previas, administración de sustancias irritantes o gran cantidad de volumen, material utilizado. Los datos fueron procesados por sistema computadorizado y los principales resultados se exponen en figuras (n = 55).

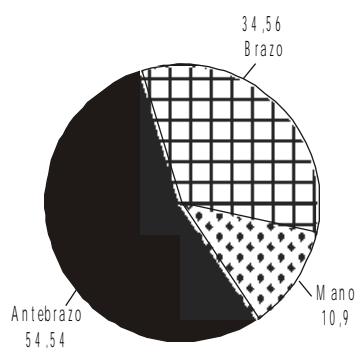
RESULTADOS

El 54,54 % de los enfermos desarrollaron flebitis en la primer punción venosa; el 27,28 % a la segunda punción, y los porcentajes inferiores correspondieron a la tercera y cuarta (9,09 % para cada una respectivamente) (fig. 1). La mayor localización de la venipuntura fue el antebrazo con 54,54 %; porcentajes inferiores correspondieron al brazo y mano con 34,55 % y 10,9 % respectivamente (fig. 2).



Fuente: Guía de observación

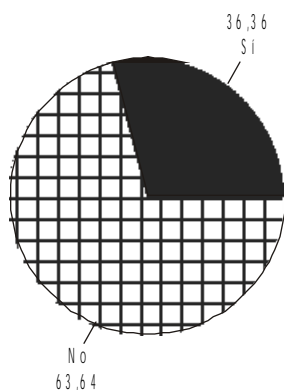
FIG. 1. Distribución según número de punciones efectivas previas.



Fuente: Guía de observación

FIG. 2. Distribución de pacientes según localización de venipuntura.

En el 63,64 % de la serie no se comprobó relación con la gran cantidad de volumen y sí en el 36,36 % (fig. 3). El 47,27 % desarrolló la flebitis de 24-48 h y el 40 % en menos de 24 h a más de 48 h correspondió el 12,73 % solamente. El material utilizado fue desechable en el 96,36 % y no desechable en el 3,64 %. La canalización, según el personal que la realizó se corresponde con licenciados en enfermería (60 %), 21,82 % por enfermeros generales y 18,18 % al postbásico. En cuanto a los grupos de edades predominó el de 50-59 años para el 23,64 % y en segundo lugar el de 60-69 años para el 21,82 %, cifras inferiores correspondieron a otros grupos de edades. El diagnóstico principal fue el accidente vascular encefálico (56,36 %, en nuestro estudio).



Fuente: Guía de observación

FIG. 3. Distribución según administración de volumen.

DISCUSIÓN

Al relacionar el número de punciones venosas y su influencia en la flebitis no se comprobó que su desarrollo se fundamentara en un mayor número de punciones, aunque se señala por otros autores.⁶ En la muestra esto es explicable por el predominio de flebitis química. La existencia de mayor porcentaje de flebitis en el antebrazo se debe a ser este el sitio donde se realiza el mayor número de canalizaciones por parte del personal de enfermería.

Se comprobó que en un porcentaje elevado existía relación con sustancias irritantes como antimicrobianos, manitol y otras, lo que se relacionó con la aparición de flebitis (98,8 %). La administración de volumen o sustancias irritantes se señala en otros trabajos⁷ y se pone de manifiesto en nuestro estudio.

El material desechable utilizado puede justificar la presencia de flebitis química por el material, y la canalización según el personal se corresponde en un mayor porcentaje con licenciados, por ser sobre éstos que recae el peso del trabajo, por predominio de trabajadores en el servicio. Los grupos de edades más afectados están en correspondencia con los de mayor volumen de ingreso en la sala y a su vez ser los más susceptibles a presentar este tipo de alteración por las características propias de su edad. El diagnóstico de accidente cerebrovascular se debió a que esta fue la causa más frecuente de ingreso, con canalización venosa y las particularidades de estos enfermos para el desarrollo de ésta.

SUMMARY

A cross-sectional descriptive study of 55 patients with phlebitis admitted in the Intermediate Care Service of the "Gustavo Aldereguía Lima" Provincial Hospital, in the city of Cienfuegos, from January to February, 1997, was conducted. It was used a guide of observation to determine data of interest, such as: diagnosis, time of canalization,

personnel that performed the puncture, number of effective punctures, localization, relationship with the administration of volume or irritant drugs, material used and age. The main diagnosis was cerebrovascular accident with 56.36 %. Graduate nurses performed the highest amount of punctures (60 %). Phlebitis was more frequent between 24 and 48 hours (47.27 %). The material used was mostly disposable (96.36 % of the cases). It was observed a prevalence of the age group 50-59. Phlebitis was located in the forearm region.

Subject headings: PHLEBITIS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bembibre Taboada R, González Ávalo E, La O Quintero C. Sepsis nosocomial. *Rev Cubana Med* 1997;36(2): 95-9.
2. Maggi P, Fullone M, Angarano G. Broq injection in yugular veins, a new risk. Factor for vascular disease in HIV infected patients. A case report. *Angiology* 1995;48(11).
3. Chani A, Kasirajank K, Smith J. Portal pyelophlebitis identified by CT in a patient with ischemic bowel. *Am Surg* 1995;61(12):1039-48.
4. Álvarez Sabin J. Hematoma intraparenquimatoso que simula un accidente isquémico transitorio. *Med Clin (Barc)* 1995;105(15):598.
5. Birch MK, Barbosa S. Retineal venous sheathing and the blood retinol barrier in multiple sclerosis. *Arch Ophtalmol* 1998;114(1):34-9.
6. Misra UK, Jha S, Kalita J. Stroke a rare presentation of ealesw disease, case report. *Angiology* 1996;47(1): 73-8.
7. Villani C, Johnson DH. Bilateral supurative tromboflebitis iva to stafilococcus a. *Heart Lung* 1995;24(4): 342-4.

Recibido: 13 de julio de 1998. Aprobado: 12 de julio de 1999.

Lic. *Ismael Jesús Varela Martínez*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba.