

Complicaciones irreversibles en un paciente pediátrico, por mala práctica del personal de enfermería

Irreversible complications in a pediatric patient, due to malpractice of nursing staff

Beatriz Elena Rangel Sánchez*

RESUMEN

* Pasante de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Iztapalapa, Ciudad de México.

Correspondencia: BERS, elena.rangel.enf@gmail.com

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene.

Citar como: Rangel-Sánchez BE. *Complicaciones irreversibles en un paciente pediátrico, por mala práctica del personal de enfermería.* Rev CONAMED 2019; 24(4): 200-203.

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 05/07/2019.
Aceptado: 30/10/2019.

Introducción: La terapia de infusión intravenosa es un procedimiento con propósitos profilácticos, diagnósticos o terapéuticos, la cual consiste en la inserción de un catéter a la luz de una vena, con el fin de infundir al cuerpo humano líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes. **Objetivo:** Exponer el caso de un paciente pediátrico que presentó complicaciones por mala práctica del personal de enfermería y así evitar errores en la atención de enfermería. **Conclusión:** Los casos en donde el personal de enfermería incurre en una mala práctica son pocos, pero en técnicas básicas que el personal realiza día con día, existen factores de riesgo ajenos al conocimiento, que influyen en el error y generan complicaciones a los pacientes.

Palabras clave: Terapia de infusión, mala práctica, complicaciones.

ABSTRACT

Introduction: Intravenous infusion therapy is a procedure with prophylactic, diagnostic or therapeutic purposes, which consists in the insertion of a catheter in the light of a vein, in order to infuse the human body with liquids, medications, blood or its components. **Objective:** To expose the case of a pediatric patient who presented complications due to malpractice of the nursing staff and thus avoid errors in nursing care. **Conclusion:** The cases in which the nursing staff incurs in a bad practice, are few, but in basic techniques that the personnel carries out day by day, there are risk factors outside the knowledge that influence the error and generate complications to the patients.

Keywords: Infusion therapy, malpractice, complications.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

La terapia de infusión intravenosa es un procedimiento con propósitos profilácticos, diagnósticos o terapéuticos, que consiste en la inserción de un catéter a luz de una vena, con el fin de infundir al cuerpo humano líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes.¹

Históricamente, la terapia de infusión intravenosa ha contribuido de manera importante en el desarrollo de mejores tratamientos para la atención de la salud. En México, entre 80 y 95% de los pacientes hospitalizados reciben tratamiento por vía intravenosa. No obstante, este procedimiento también ofrece serios riesgos para los pacientes.¹ Las principales complicaciones con el uso de dispositivos intravasculares asociadas con la práctica de enfermería son: las relacionadas con la instalación, cuidados del sitio de inserción, manejo del sistema integral de terapia intravenosa, errores en la ministración de medicamentos y retiro accidental del catéter, mismas que repercuten en la seguridad de los pacientes.² Al seguir las medidas de seguridad y las recomendaciones que emite la NOM 022 SSA3 2012 de la terapia de infusión, se evitan los errores en el manejo y las complicaciones que ponen en riesgo la integridad física y emocional de los pacientes ofreciendo una práctica segura. El siguiente caso expone la mala práctica del personal de enfermería en un paciente pediátrico, al colocar de manera errónea un catéter periférico e incurrir en otras malas prácticas, las cuales ocasionaron complicaciones severas por daño vascular del miembro superior de una paciente prematura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina, recién nacida de 31 semanas de gestación (SDG), con peso: 1,730 g y talla: 41 cm. Cuenta con antecedentes de ser producto de la gesta tres, presentando factores de riesgo maternos durante la gestación para parto pretérmino (antecedente de embarazo prematuro e infección de vías urinarias persistente). Recibió a las 30.5 SDG dosis de maduradores pulmonares, culminando el embarazo por vía vaginal el 03 de octubre de 2015. Al nacimiento ameritó presión positiva con bolsa de reanimación manual por síndrome de dificultad respiratoria. Se mantuvo en incubadora térmica

con mejoría clínica, presentando saturación 98%, FC: 127 x', FR: 60 x', Temperatura: 36.7 °C, con tratamiento con CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) nasal y soluciones de base intravenosa.

El 08 de octubre, el personal de enfermería del turno nocturno (en proceso de jubilación) reporta venoclisis con fecha de instalación del 06 de octubre, la cual presentaba datos de infiltración: dolor, eritema y edema, por lo que es retirada y recolocada en una nueva vía periférica. Para el día siguiente, el personal de enfermería del turno matutino se percató que la extremidad superior izquierda (sitio donde se canalizó) presentaba datos de insuficiencia arterial, con extremidad fría, pálida, pulsos débiles y cianosis en los dedos, se reportó al médico responsable, siendo esto secundario a que el sitio canalizado era una arteria.

Se refirió al hospital regional al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular; se encuentra la extremidad con coloración marmórea en antebrazo y débil llenado capilar. Se le realizó exploración con Doppler vascular y se encontró ausencia del flujo de la arteria radial y cubital. Se dio manejo con bloqueadores de canales de calcio y anticoagulantes mejorando la perfusión a nivel de las falanges proximales y medias. El 12 de octubre presentó síndrome compartimental, por lo que se le realizó fasciotomía en antebrazo, mejoró la irrigación del brazo y la mano; sin embargo, los dedos mostraban datos de necrosis. El 23 de octubre se realizó cirugía de remodelación, amputando los cinco dedos de la mano izquierda y verificando la adecuada circulación del muñón. Al día siguiente presenta evolución favorable con adecuado llenado capilar. Es dada de alta el día 29 de octubre por mejoría.

DISCUSIÓN

A nivel mundial se han descrito de forma amplia complicaciones infecciosas y no infecciosas relacionadas con la terapia de infusión intravenosa, tales como la extravasación, infiltración y oclusión, que amenazan la integridad del paciente, debido a que cuando éstas se agravan se asocian con morbilidad y mayor riesgo de muerte.³

En el presente caso se da a conocer la mala práctica por parte del personal de enfermería en la colocación del catéter venoso periférico en un

paciente prematuro de 31 SDG, en donde evidentemente se violaron las medidas de seguridad descritas en la *lex artis*, como la elección del lugar de inserción, ya que éste debe ser de preferencia en las venas del dorso de las manos, los pies (o en su defecto en la cara interna o externa de los tobillos), antes de la flexura antecubital, brazos o piernas.⁴ Se debe iniciar siempre por las venas más distales y por los miembros superiores antes que los inferiores para evitar flebitis. Se elige la vena que cuenta con mayor calibre y que su trayectoria sea lo menos tortuosa posible para facilitar la progresión del catéter en la inserción y evitar una flebitis mecánica. Antes de la punción se tiene que diferenciar entre una vena y una arteria, esto al palpar la zona y detectar la presencia de pulso. Después, una vez realizada la punción se debe observar las características de la sangre para confirmar que se puncionó la vena, siendo la sangre opaca de una tonalidad rojo oscuro y su salida de forma lenta, a diferencia de una arteria, en la cual la sangre es más oxigenada, el color es rojo brillante y la salida es de forma rápida, que suele ser al ritmo del latido cardíaco.

En el caso a analizar, el personal de enfermería utilizó una de las arterias del pliegue antecubital, sin tomar en cuenta estas precauciones. Debió valorar el compromiso circulatorio al momento de perfundir la vía, observar si cambió de coloración el área próxima al catéter venoso periférico (CVP). En caso de recién nacidos se debe realizar el procedimiento con apoyo de otro enfermero, el primer profesional sujeta al menor dejando libre el sitio de punción mientras que, por otro lado, el segundo se encarga de la inserción del catéter venoso periférico. Cada cambio de turno de enfermería debe valorar alguno de los signos indicativos de extravasación, hipersensibilidad o endurecimiento de la zona de punción, tales como edema, frialdad, palidez o ausencia de pulsos. En los pacientes prematuros la vigilancia debe ser más estrecha.⁵

En nuestro caso la primera venoclisis (con fecha de instalación del 06/10) presentó datos de infiltración, aproximadamente 48 horas después, por lo que el personal de enfermería del turno nocturno la retira y coloca una nueva, pero sin tomar en cuenta ninguna de las precauciones descritas anteriormente. Además, no obran datos de que la venoclisis haya sido vigilada durante este turno

(más de seis horas aproximadamente), hasta que el turno matutino se percató de los datos de alarma y del daño vascular en el miembro superior de la paciente y de forma acertada procedió a retirar la venoclisis.⁵

También es evidente la violación de la NOM 022 SSA3 2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión,¹ en sus numerales 6.7.1, que describe las consideraciones que debe tener el personal de salud sobre la terapia de infusión, tales como conocer el propósito de la aplicación, realizar el lavado de manos a fin de evitar la contaminación, verificar que esté descrita por el personal médico y que esta indicación contenga los datos del paciente, el nombre del médico que la prescribe, la fecha, la hora, la solución o sustancia, el tiempo en que se debe infundir, la frecuencia y la vía. Por otro lado, el numeral 6.8.1 describe las consideraciones que el personal de enfermería debe tener sobre el paciente: la valoración antes de la administración de la terapia de infusión intravenosa (antecedentes patológicos, edad, diagnóstico médico, fase de la enfermedad, estado clínico, movilidad, antecedentes alérgicos y estado emocional).

En nuestro caso, la paciente afectada era una prematura de 31 SDG, que tiene características específicas como la piel más delgada, falta de desarrollo del estrato córneo, disminución de la cohesión entre la dermis y la epidermis, uniones intercelulares epidérmicas más débiles y fragilidad capilar,⁶ siendo estos factores de riesgo para generar lesiones en la piel y los vasos sanguíneos, además del uso de dispositivos de acceso vascular.

Uno de los factores de riesgo más importantes en pacientes pediátricos es la fragilidad de los vasos sanguíneos y por ello se debe mantener estrecha vigilancia en el sitio de inserción para detectar de manera oportuna cualquier problema.⁷ El numeral 6.8.2, sobre el sitio de punción, describe que se debe elegir el área distal del cuerpo, principalmente en el miembro torácico no dominante. Las punciones subsecuentes deben realizarse cercanas al sitio de punción inicial de forma ascendente, evitando la zona del pliegue, esto también descrito en la *lex artis*.⁸ Por otro lado, el punto 6.11.1 específica que el personal de salud debe monitorizar la administración de la terapia de infusión intravenosa y evaluar el sitio de inserción como mínimo una

vez por turno. El catéter periférico corto debe ser removido cada 72 horas y de inmediato cuando se sospeche de contaminación o complicación, esto dicho propiamente en el numeral 6.12.1. El numeral 6.12.3 nos habla acerca de las recomendaciones en niños, donde describe que el cambio sistemático no se recomienda y menciona claramente que deben dejarse colocados hasta el final del tratamiento o al presentar alguna complicación, tal y como se presentó en el caso analizado, observando que el personal de enfermería actuó de manera acertada al retirar el catéter periférico por presentar extravasación como complicación.⁹

CONCLUSIONES

Son pocos los reportes de casos en donde el personal de enfermería incurre en una mala práctica; sin embargo, se presentan en técnicas o procedimientos básicos que tienen que ver con la anatomía y fisiología, pero sus efectos pueden ser leves o graves. Factores como la falta de práctica o conocimiento anatómico y fisiológico, así como la falta de actualización de éste, el turno de jornada laboral, los años que el personal lleva laborando o la falta de responsabilidad en los procedimientos básicos, son situaciones que afectan la atención de enfermería, causando graves complicaciones. Por estos motivos es recomendable y de suma importancia la capacitación y actualización teórica del personal a fin de evitar estas situaciones. Por último, debemos recordar siempre aplicar nuestras medidas de seguridad, así como las precauciones que nos menciona la literatura y seguir la normatividad establecida para cada caso.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dirección General de Arbitraje Médico, Dra. Carina Xóchitl Gómez Fröde y a la Sala Médica 2, Dra. Leticia De Anda Aguilar, por la apertura y apoyo para la realización de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norma Oficial Mexicana NOM 022-SSA3-2012. Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/doctos/NOM-022-SSA3-2012.pdf>
2. Almazán-Castillo MR. Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente. México: Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/protocolo_manejo_estandarizado.pdf
3. Avalos J. Cuidado de enfermería en la venoclisis en pacientes, universidad nacional del altiplano [Tesis]. Perú: Facultad de Enfermería; 2014. p. 16. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/unap/1822/avalos_puraca_jhenny_lizbeth.pdf?sequence=1&isallowed=y
4. López M, Martínez Y, Martínez K, Pinzón N, Roldán J, Trujillo R et al. Manual de procedimientos de enfermería en las unidades neonatales. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2016. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Manual_UCIN.pdf.
5. Jiménez-Pérez JM, Rodríguez-Rodríguez L, García-Villanueva S, Revilla-Llarena RM. Utilización y mantenimiento de los catéteres venosos periféricos en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. *Rev Enferm CyL*. 2015; 7 (1). Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/143/121>
6. Salcedo-Abizanda S, Ribes-Bautista C, Moraga-Llop FA. Recién nacido: cuidado de la piel. Asociación Española de Pediatría. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recien_nacido.pdf
7. Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2013. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-645-13/ER.pdf>
8. Manual para el cuidado estandarizado de enfermería a la persona con terapia de infusión intravascular en México. Secretaría de Salud; 2018. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cie/doctos/00017.pdf
9. Castañeda A, Pérez J, Soto M. Eficacia de la práctica de enfermería en la terapia de infusión intravenosa. *Rev CONAMED*. 2015; 20 (S1): S27-S34. Disponible en: <http://www.dgdcconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/239/414>