FUNDAMENTOS-DE-ENFERMERIA.-2-com...

Meri_1620

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS BÁSICOS

1º Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad San Jorge

Reservados todos los derechos.
No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Fundamentos básicos de enfermeria.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Tema 3.

¿ QUE ES LA ENFERMERIA?

Enfermera: Es la persona que cuida a un enfermo.
Enfermeria: Es la profesión.

Enfermeria es la ciencia del cuidado de la salud.

Diferencia entre Oficio y Profesión.

- Profesión: exige una preparación academica especializada especificamente en un área (Enfermeria).
- Oficio: es una actividad laboral vinculada a procesos manuales o artesanales que no necesita estudios (Panaderia).

Opciones en Enfermeria.

- Práctica clinica.
- Educación: Docentes y Enfermeros.
- Investigación y Docencia: comites de seguridad o ética.
- Gestión.

Definiciones de enfermeria.

Ana, 2021.

Protección, promoción y la optimización de la salud. Curar y aliviar el sufrimiento. Diagnóstico y tratamiento.

International Council of Nurses (CIE)

Investigación, la participación, asistencia sanitaria, gestión y salud.

La enfermería es una profesión que integra el arte y la ciencia para prestar cuidados y tener conocimiento y prácticas.

La enfermeria es una profesión, no solo un conjunto de habilidades y técnicas. Debemos usar el pensamiento crítico.

Los enfermeros necesitan una amplia base de conocimientos para saber como utilizar un Juicio Clinico solido aplicando en la práctica el pensamiento crítico

Juicio Clínico.

Decides hacer algo respecto al pensamiento critico.

Pensamiento crítico.

Herramienta para tomar decisiones (conocimiento, PAE).

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

¿Por qué es Necesaria la Metodología de Trabajo?

Sin una Metodología de Trabajo corremos el riesgo de que no haya Uniformidad y par ende, Cometer errores perjudicales para el paciente.

Método

- Meta: preposición que da idea de movimiento.
- Odon: significa "Camino".

Método: es el Camino hacia un fin determinado, mediante unos pasos conscientes para llegar al Objetivo o meta.

METODOLOGÍA: es un método racional y sistemático.

En enfermería la metodología nos sirve como Método, como guía y unifica el trabajo del enfermero.

Todo trabajo de enfermero requiere:

EXIGENCIA PROFESIONAL

- Necesidad de profesionalizar y definir las bases de actuación de la práctica enfermera.
- Garantizar Calidad de cuidados.

EXIGENCIA LEGAL

- Todos los procedimientos y acciones tienen que quedar registrados.
- Lo que no está escrito we existe.

Metodologia de Trabajo Enfermera.

↓

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

¿Qué es el PAE?

- El PAE es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermeria Individualizado. (Berman)
- El PAE es un Método de identificación y resolución de problemas (Gordón 1996).
- El PAE es un Método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados (Alfaro 1999).

PROPÓSITO:

- Identificar el estado de Salud del Paciente y sus problemas de salud Reales y Potenciales para establecer cuidados que aborden las necesidades identificadas y osi aplicar intervenciones de enfermería específicas.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA Y...

Banco de apuntes de la

WUOLAH

Comparte estos flyers en tu clase y consigue más dinero y recompensas

1. Imprime esta hoja
2. Recorta por la mitad
3. Coloca en un lugar visible para que tus compis puedan escanar y acceder a apuntes
4. Llévate dinero por cada descarga de los documentos descargados a través de tu QR

- Construir wa estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. (Iyer 1987).

OBJETIVOS PAE

- Identificar las necesidades reales y potenciales.
- Establecer planes de Cuidados individuales.

OTROS OBJETIVOS

- Instrumento para la enfermería.
- Proporcionar a la profesión un caracter científico.
- Favorece los cuidados de enfermería al ser dinámicos, conscientes y ordenados.
- Traza Objetivos y actividades evaluables.
- Mantiene una investigación constante sobre los Cuidados.
- Desarrolla una base de conocimientos propia.
- Proporciona un sistema para cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad.
- El profesional de Enfermeria valida los objetivos y las Intervenciones de forma conjunta con el paciente.

CARACTERISTICAS:

VALIDEZ UNIVERSAL

- **Propósito, organización, creatividad.**
  - Finalidad, se centra en diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante Salud/ enfermedad.
  - Son los pasos necesarios para alcanzar el objetivo.
  - Combinar de farma continua, dependiendo de la respuesta a las necesidades del individuo.
- **Sistemático.**
  - Se realiza en un orden lógico siguiendo las 5 fases.
- **Dinámico.**
  - Está sometido a continuos cambios (Persona, familia y comunidad).
- **Interactivo.**
  - Enfermeria se relaciona con la persona, familia y comunidad.
- **Flexible.**
  - Puede adaptarse a cualquier situación. Se puede realizar desde diferentes Modelos.
- **Con Sustento Teórico.**
  - Cualidad de adaptarse con base en una Teoria de enfermeria o en un modelo conceptual.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

VENTAJAS DEL PAE.

Para el Paciente:

- Participa en su propio cuidado.
- Tiene continuidad de los cuidados en la atención Enfermera.
- Mejora la Calidad de la atención.
- Recibe cuidados integrales.

Para la Enfermera:

- Se convierte en experta.
- Muestra Satisfacción por su trabajo.
- Evita emisiones y/o repeticiones.
- Presenta crecimiento profesional.

ETAPAS DEL PAE:

1. VALORACIÓN: es donde se recogen, validan, organizan y registran los Datos.

2. DIAGNÓSTICO: se analizan los datos, se identifican los problemas de salud reales y/o potenciales y se formula el diagnóstico enfermero.

3. PLANIFICACIÓN: se priorizan los problemas / diagnósticos, se farcmulan los objetivos / resultados, se seleccionan las intervenciones de enfermeria y se redactan las actividades.

4. EJECUCIÓN: se reevalua el estado del paciente, se aplican las intervenciones de enfermeria y se supervisan, se recogen todas las actividades de enfermeria.

5. EVALUACIÓN: se recogen la datos del estado de saluld, se comparan con los resultados esperados y se emite un Juicio sobre la evolución del paciente.

Se habla de JUICIO CLINICO ENFERMERO para designar los dictámenes que el profesional de enfermeria debe emitir para resolver un problema con precisión y que implica 2 partes:

- JUICIO DIAGNÓSTICO: tiene por finalidad la identificación de problemas de salud del paciente (valoracion y diagnóstico)
- JUICIO TERAPÉUTICO: su meta es proporcionar cuidados necesarios para la resolución de problemas (planificación, ejecución, evaluación).

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

ETAPAS DEL PAE:

VALORACIÓN.

¿ Que es la valoración?

Es el proceso deliberado, planificado, sistemático y continuo de recogida de datos.

INTEGRAL: fisica, psicológica, sociocultural y espiritual (biopsicosocial

Sujeta -> Receptor de cuidados: persona, familia o comunidad y su entorno.

Datos objetivos y subjetivos sobre estado de Salud y respuestas humanas.

Objetivo de la valoración:

Establecer una base de datos con información veraz, contrastada y segura sobre la respuesta del paciente ante su proceso de salud-enfermedad. Establecer un Juicio Clínico sobre las necesidades del paciente.

ETAPAS DE LA VALORACIÓN.

1. RECOGIDA DE DATOS.

CLINICA.

Antecedentes: personales y familiares.
Patologia ayuda y/o crónica.

SOCIAL.

- Entorno: hogar, antecedentes laborales...
- Redes de apollo: familiares y sociales.

FUNCIONAL.

- AVBD
- AIVD
- Marcha

ESTILO DE VIDA.

Alimentación, actividad fisica, sueño- descanso, hábitos tóxicos.

MENTAL.

Esferas cognitivas y afectivas.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

TIPOS DE DATOS

- objetivos (signos). → Existen independientemente de que el paciente los reconozca o no, e independientemente de quien sea el profesional que lo detecte (Ta Alt, temperatura, saturacion de oxigeno) se pueden cuantifican.
- subjetivos (sintonos) → Es lo que la persona dice que siente o percibe. son dates no cuantificables (palpitacion, fatiga, ansiedad)

FUENTES DE INFORMACION

- Primarias -> Paciente. Aporta datos sobre su proceso Salud- Enfermedad.
- Secundaria -> Entorno Personal (Pueden ser Primarias si son el sujeto de cuidador.
  - Equipo de Salud.
  - Historia clínica.

HERRAMIENTAS:

ENTREVISTA

El 1. paso es el DIÁLOGO O ANAMNESIS, con ambos dos fomentos la participación del paciente, favorecemos la relación Enfermera - Paciente, es necesaria para el diagnóstico y planificación y determina áreas de análisis especifico.

Fases:

Inicio: presentación, objetivo y explicación del objetivo de la entrevista. Aseguramos la confidencialidad y damos inicio de la relación terapeutica

Cuerpo: recogida de información de forma sistemática, enfocar el diálogo al objetivo.

Cierre: prepara al paciente para finalizar la entrevista. Resumen de los aspectos más importantes validondo la información. Agradecemos y nos dopedimos.

Tipos:

Formal: comunicación con propósito específico (histeria del paciente).

Informal: conversación Enfermera - Paciente durante la aplicación de los cuidados de enfermeria y permite crear un vinculo de confianza mutua.

Estructurada y dirigida: sigue un guión previamente elaborado, no da opción a explicarse libremente al paciente.

Semiestructurada o semidirigida: sigue un guión pero le permite al paciente explicarse libremente.

No Estructurada o Libre: el paciente puede expresase con sus propias palabras, a su ritmo y orden.

Habilidades:

Calidez: proximidad afectiva enfermera - paciente. Importante el lenguaje no verbal.

Empatia: Identificar el estado de ánimo del paciente, tener comprensión con sus emociones y pensamientos, evitando Juzgar.

Concreción: delimitar objetos compartidos, entablando una comunicación eficaz y evitando una extensión Improductiva de la entrevista.

Respeto: aprecio a la dignidad y valor de la persona. Transmitir preocupación por su problema d esalud, asi como aceptación de su libertad de decisión.

Asertividad: desempeño pleno y con seguridad de los deberes y derechos como profesional. Capacidad de escucha y a su vez establecimiento de limites. Expresión de forma directa de los propios sentimientos.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Valores a tener en cuenta

- Comunicación: verbal (preguntas, lenguaje, precisión.) no Verbal (silencios, expresiones, tono de voz)
- Factor ambiental: comodidad, buena iluminación, momento adecuado, intimidad.
- Barrera cognitiva: Incapacidad de comprensión o dificultad para comunicarse.
- Barrera Social: diferencias socio - culturales
- Barrera emocional: estados emocionales extremos.

EXPLORACION FISICA.

Valoración de la Normalidad en estructuras corporales, signos vitales, reacciones ante estímulos, etc.

Inspección
Palpitación.
Percusión.
Auscultación.
Toma de constantes.

Siempre hay que explicarle al paciente lo que le vamos a hacer y Solicitar su consentimiento.

INSPECCIÓN.

Se hace mediante el uso de las sentidos. Se incicia en el 1 encuentro

Habilidad;
- consiente y deliberada.
- Práctica y disciplina.

VISTA
- Aspecto general.
- Anomalias en el movimiento
- Color y lesiones en la piel.
- Gestos (conducta no verbal)
- objetos (religiosos)

OLFATO → Olores corporales, aliento.

OIDO.
- Ruidos Corporales.
- Emociones (suspiros, quejas..)
- Comunicación Verbal (capacidad, idioma,pensamientos)

TACTO.
- Temp y humedad de la piel.
- Fuerza muscular.
- Frecuencia y ritmo del pulso.
- Lesiones palpables.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

PALPACIÓN.

Uso del tacto para determinar las caracteristicas de la estructura corporal debajo de la Piel.

Esta técnica permite evaluar: Tamaño, Formo, Textura, Temperatura, Humedad, Pulsación, vibración, Consistencia, Movilidad...

Se puede hacer SUPERFICIAL o PROFUNDA.

PERCUSIÓN.

Inmediata o Directa: golpear con las dedos directamente sobre la superficie corporal.

Mediata o Indirecta: interponiendo un dedo de la otra mano entre el golpe del dedo y la superficie.



El sonido puede ser:
Mate: sonido que produce una masa Salida (Higado, riñones)
Timpánico: propio de órganos con aire (estómago lleno de gas)

AUSCULTACIÓN.

Exploración de los sonidos producidos por los órganos del cuerpo a través del sentido del oido.

La Auscultación puede ser:
Directa: a traves del oído directamente.
Indirecta: mediante un forendoscopio.

TOMA DE CONSTANTES

Parametros antropometricos: vincula.
- Temperatura: termómetro.
- Frecuencia cardiaca.
- Saturación de oxigeno.
- Frecuencia respiratoria.
- Tensión arterial.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

ESCALAS.

Las escalas son intrumentos para la evaluación con medidas estandarizadas y objetivas.
se componen de enunciados - Items que definen y otorgan una puntuación sobre algún aspecto y un rango de valores para interpretar los resultados.

Valoración Funcional.

ABVD	○ Indice de Barthel ○ Indice de Katz ○ Escala de incapacidad de la Cruz Roja
AIVD	○ Índice de Lawton y Brody
Marcha	○ Test de Roomberg ○ Test Timed Get up and Go ○ Test de Tinetti

ABVD: Indice de Barthel.

Mide el grado de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
Heteroadministrado.
10 items:alimentación, baño, vestido, aseo personal,deposición, micción uso del retrete, traslado cama - sillón, deambulación y escalones.
Puntua cada item del 0 al 10.
Total 0-100 puntos (90 si silla de ruedas).

A MENOR puntuación - MAYOR dependencia para ABVD.

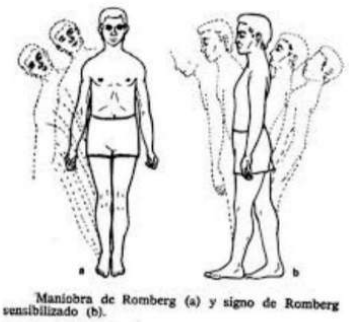
AIVD: Indice de Lawton y Brody.

Mide el grado de dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
Heteroadministrado.
8 items con varios alternativas de respuesta.
Puntua cada item 1 (Si la persona lo realiza de forma independiente) o 0 (si es de forma dependiente)

0 ⇒ Dependencia absoluta.
8 ⇒ Independencia absoluta.

Marcha: Test de Roomberg.

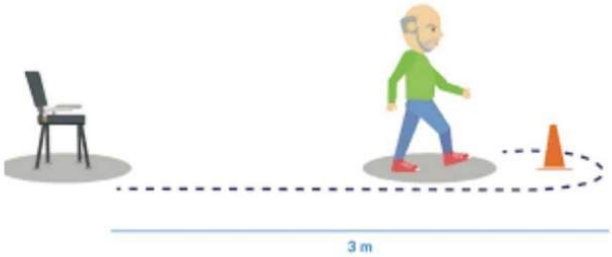
Exploración de la estabilidad del paciente en bipedestación, con los pies juntos y las cajas cerrados.



Maniobra de Romberg (a) y signo de Romberg sensibilizado (b).

Marcha: Test de Timed Up and Go (TUG)

Mide el tiempo necesario para levantarse de la Silla, caminar hasta la marca situada a 3m, darse la vuelta y sentarse de nuevo.



WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

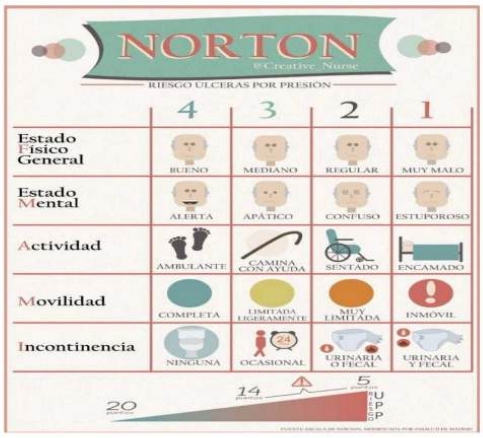
Escala de Valoración Social.

Detección de situaciones de riesgo o problemática social	○ Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón
Sobrecarga del cuidador	○ Cuestionario de Zarit
Estado de riesgo, vulnerabilidad o fragilidad	○ Cuestionario de Barber

Escala de valoración Mental.

Cognitiva	○ Cuestionario de Pfeiffer ○ Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
Afectiva	○ Escala de depresión geriátrica de Yesavage ○ Escala de depresión y ansiedad de Goldberg

Escala riesgo UPP (NORTON)



Escala riesgo UPP (BRADEN)



OTRAS PRUEBAS.

- Analisis de Sangre.
- Glucemia.
- ECG (electro)
- Analisis de Orina.

2. VALORACIÓN DE LOS DATOS.

Consiste en confirmar que los datos que se han Obtenido son verdaderos.
Implica:

- Garantizar que la información es completa.
- Garantizar coherencia entre los datos objetivas y subjetivos.
- Evitar conclusiones precipitadas.
- Obtener información adicional.
- Diferenciar datos de inferencias (Interpretaciones o conclusiones basadas en datos)

Ej: Tem. 39, 2°, lengua seca, no micción hace 5h ⇒ Está deshidratado.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

3. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

La información es agrupada, de tal manera que facilite y oriente la etapa de diagnostico.
Existen Diferentes Modelos de Enfermeria para Organizar los DATOS.

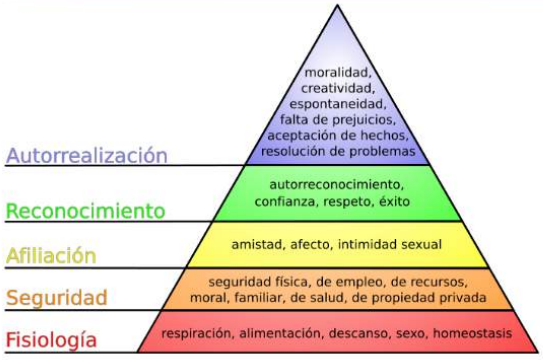
Maslow

Nanda.

Majory Gordon.

Virginia Henderson.

MASLOW- PIRAMIDE DE LAS NECESIDADES HUMANAS.



MARJORY GORDON: 11 PATRONES FUNDAMENTALES de la SALUD.

1. Percepción-Manejo de la Salud
2- Nutricional-Metabólico
3. Eliminación
4. Actividad-Ejercicio
5. Sueño-Descanso
6. Cognitivo-perceptual
7. Autopercepción-Autoconcepto
8. Rol-Relaciones
9. Sexualidad-Reproducción
10. Adaptación-Tolerancia
11. Valores-Creencias

13 DOMINIOS: NANDA.

1. Promoción de la salud
2. Nutrición
3. Eliminación e intercambio
4. Actividad/reposo
5. Percepción/cognición
6. Autopercepción
7. Rol/relaciones
8. Sexualidad
9. Afrontamiento/tolerancia al estrés
10. Principios vitales
11. Seguridad/protección
12. Confort
13. Crecimiento y desarrollo

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

VIRGINIA HENDERSON: MODELO DE INDEPENDENCIA 14 NHB

1. Respirar Normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Elimina por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada: Vestirse y divertirse.
7. Mantener la temperatura Corporal dentro de los limites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene Corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con las demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Descubrir o Satisfacer la curiosidad que conduce a su desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Falta de:
- Fuerza.
- Conocimiento.
- Voluntad.

= Fuentes de dificultad.

Manifestaciones (conductas o indicadores de conducta de la persona)

INDEPENDENCIA (MI): Adecuadas, acertadas y suficientes.
Satisfacción de la necesidad.

DEPENDENCIA (MD): Inadecuadas, erróneas o insuficientes.
Insatisfacción de la necesidad actualmente o en el futuro, por falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

DATOS A CONSIDERAR (DC): Relevantes en la Satisfacción de las NHB.

2. Comer y beber adecuadamente:
- **MI:**
  - Bebe 2L de agua al día
- **MD:**
  - Come casi cada día comida precocinada
  - IMC 28,5 kg/m² (Sobrepeso)
- **DC:**
  - No le gustan las judías verdes
  - Alérgico al huevo
  - No tiene horno

4. REGISTRO DE LOS DATOS.

Dejar Constancia de toda la información Obtenida.

Comunicación entre profesionales.
Contribuye a la Investigación enfermera.
Sirve como prueba legal.
Favorece la evaluación de la gestión de los servicios.
Mejora de calidad de los cuidados.

¿Cómo?

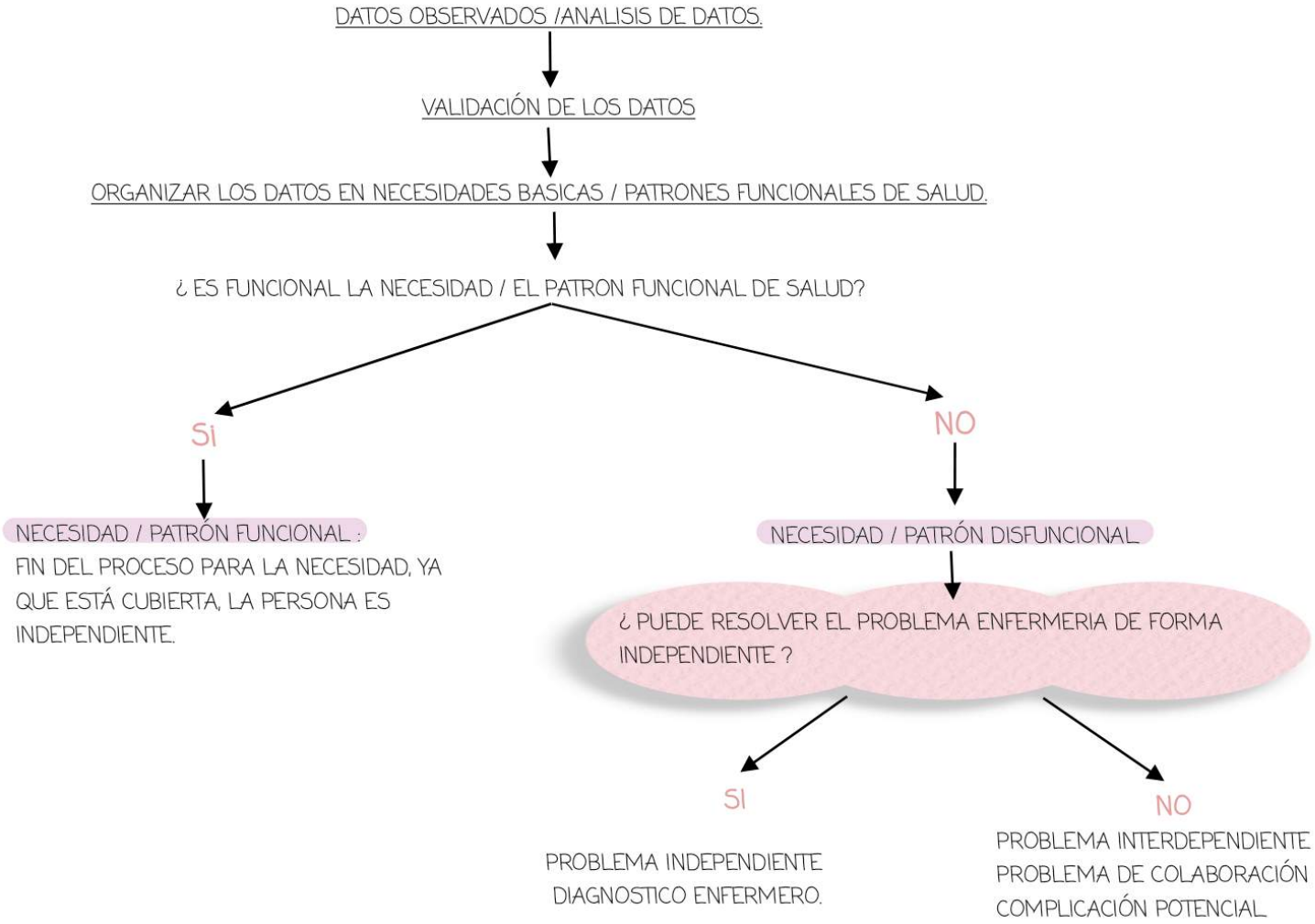
- Datos objetivos: fundamentados en pruebas y observaciones.
- Información Subjetiva entrecomillada.
- Hallazgos de la exploración física de forma precisa.
- Anotaciones claras y concisas.
- Letra clara y legible.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

DIAGNOSTICO.

¿Qué es el diagnostico?



Juicio Clínico

Interpretación Sobre las necesidades, preocupaciones o problemas de salud de un paciente y/o la decisión de tomar algún tipo de acción al respecto (o no).

Objetivo del diagnostico.

NANDA - I: el diagnóstico de enfermeria es un Juicio clínico de los datos sobre la respuesta del individuo a sus problema de Salud reales o potenciales y a procesos vitales.
El diagnóstico nos proporciona una base solida para poder implementar unas intervenciones que vayan encaminadas a alcanzar unas resultados u objetivos.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Un buen diagnostico va a ser resultado de un buen diagnóstico de enfermeria.

ANA 1973 (American Nursing Association)
- **Juicio o conclusión**
- Resulta de una valoración de Enfermería

GORDON
- Problema de salud **real o potencial**
- **Enfermeras tratan** en virtud de su formación y experiencia

CARPENITO
- Declaración que describe una **respuesta humana**
- Enfermería identifica, dispone actividades **(reducir, prevenir, eliminar)**

ALFARO
- Problema de salud real o potencial
- **Individuo, familia o grupo**
- Enfermería prevenirlo, resolverlo o reducirlo.

Diagnostico de enfermeria
- Describe una Respuesta Humana.
- Pertenece al paciente, familia y comunidad.
- Visión holística del paciente.
- Puede Variar a diario.
- Guia el Cuidado de enfermeria.

Diagnostico Médico.
- Describe Enfermedad, dolencia o lesión.
- Pertenece al Paciente.
- Se centra en un Solo Campo.
- Constante.
- Guia de tratamiento.

Competencias para el DIAGNÓSTICO:

Competencias Intelectuales: Conocimientos de los diagnósticos, sus definiciones y Componentes.
Competencias interpersonales: habilidades para desarrollar un vinculo con el paciente.
Competencias técnicas: Conocimiento y habilidad de realizar una buena Valoración enfermera donde se sustente el diagnóstico.
Tolerancia a la ambigüedad: adaptación a las Condiciones particulares de cada paciente a fin de establecer los diagnósticos de enfermera más precisos.
Práctica nflexiva.: Habilidad para examinar Intrespectivamente nuestras propias conductas.

Taxonomía NANDA- I.

La taxonomía es la clasificación de los casos donde el lenguaje es a nivel Universal.

1973
1° Conferencia Nacional para la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros (Grupo Nacional)

1982
Creación NANDA.
Aparecen diagnósticos y actividades

2002.
NANDA- I
NANDA Internacional.
Aparecen Noc y NIC (1997)

NANDA-I
TAXONOMÍA II
2024-2026.

13 dominios (1-13)
47 Clases (1-47)
277 Diagnósticos (Codigos 5 digitos)

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Tipos:

1. Real o Focalizado en el problema: existe un problema, confirmado y una necesidad alterada (dependencia). Respuesta humana no deseada.
2. De Riesgo: no existe un problema todavía, hay un riesgo de problema (vulnerabilidad)
3. De promoción de la salud: no existe un problema, pero si existe una motivación o deseo de aumentar el bienestar (Independencia)
4. Síndrome: juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos de enfermería específicos que aparecen de forma conjunta y que se tratan mejor en conjunto a graves de intervenciones similares. Se incluyen en los DE REALES y DE de RIESGO.
   - Síndrome postraumático: persistencia de una respuesta desacertada ante un acontecimiento traumatismo y abrumador.
   - Riesgo de Síndrome postraumático: susceptible de experimentar persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumatico y abrumador, que puede comprometer la salud.

Componentes

ETIQUETA (+ Definición)		
REAL o Focalizado en el Problema	De RIESGO	De PROMOCIÓN de la SALUD
EXISTE un **problema** Confirmado Necesidad **alterada** **(dependencia)**	NO EXISTE problema **todavía** **Riesgo de** problema, **vulnerabilidad**	NO EXISTE problema: Estado o función actual **eficaz** Motivación o deseo de **aumentar** el **bienestar** Necesidad **no alterada** **(independencia)**
• Factor relacionado • Característica definitoria	• Factor de riesgo	• Característica definitoria

- Características definitorias: aspectos observables, manifestaciones (signos y síntomas)
  - Diagnósticos REALES.
  - Diagnósticos de PROMOCIÓN DE LA SALUD.
- Factores relacionados: circunstancias, hechos o influencias con relación casual, de factor contribuyente.
  - Diagnósticos REALES.
  - Diagnósticos de PROMOCIÓN DE LA SALUD.
- Factores de riesgo: factores que incrementan la vulnerabilidad de padecer un problema de Salud.
  - Diagnósticos de RIESGO.

Enunciado

FORMULACIÓN DE PROBLEMAS INDEPENDIENTES

PES
- Problema
- Etiología
- Signos y Síntomas

FOCALIZADOS EN PROBLEMA O REALES

P → (r/c) → E → (m/p) → S

DiagdEnf — F. Relaci. — Caract. definit

DE RIESGO

PROBLEMA (P) → (r/c) → ETIOLOGÍA (E)

DiagdEnf — F. de Riesgo

DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

PROBLEMA (P) → (m/p) → SIGNOS y SINTOMAS (S)

DdE — Caract. definit

P(roblema) E(tiología) S(ignos y síntomas)

r/c = relacionado con....
m/p = manifestado por...

P → r/c → E → m/p → S

(00046) Deterioro de la integridad cutánea **r/c** presión sobre prominencia ósea **m/p** alteración de la coloración de la piel

PROBLEMA — FACTOR RELACIONADO — CARACTERÍSTICA DEFINITORIA

DIAGNÓSTICO REAL

PROBLEMA r/c factor relación m/p características definitorias

P → m/p → S

(00163) Disposición para mejorar la nutrición **m/p** Expresa deseo de mejorar la nutrición

PROBLEMA — CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

DIAGNÓSTICO de PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Problema = disposición para m/p características definitorias
(NO SUELE HABER FACTORES RELACIONADOS)

P → r/c → E

(00015) Riesgo de estreñimiento **r/c** Ingesta insuficiente de fibra

PROBLEMA — FACTOR DE RIESGO

DIAGNÓSTICO DE RIESGO.

Problema = riesgo de r/c factor de riesgo.
(NO HAY CARACTERISTICAS DEFINITORIAS)

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Problemas interdependientes

- INDEPENDIENTES: En estos la enfermera es responsable del plan de Cuidados de un sujeto. El cual está formulado con la finalidad de resolver los problemas Identificados por la enfermera.
- DEPENDIENTES: La Enfermera presta la atención para resolver problemas que ella No ha identificado, No puede actuar autonomamente y tendrá que administrar el trataciento prescrito.
- INTERDEPENDIENTES: Problema real o potencial que aparece como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios diagnostico o tratamientos medicos a quirúrgicos y que pueden prevenirse, resolver o reducirse mediante actividades Interdependientes O la colaboración de enfermería con otros profesionales de la salud como médicos. psicologos, trabajadores Sociales, etc.

PLANIFICACION.

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica toma de decisiones ante las respuestas del paciente.
Se hace gracias a la identificación de problemas → Selección de diagnóstico.
Posteriormente seleccionamos el PLAN DE CUIDADOS:

- Planteamiento de Objetivos.
- Selección de intervenciones y actividades para su consecución.

Objetivos.

1. Prevenir, reducir o eliminar Problemas de Salud.
2. Unificar criterios sobre qué hacer y como actuar.
3. Asegurar la Calidad y Continuidad de los cuidados.

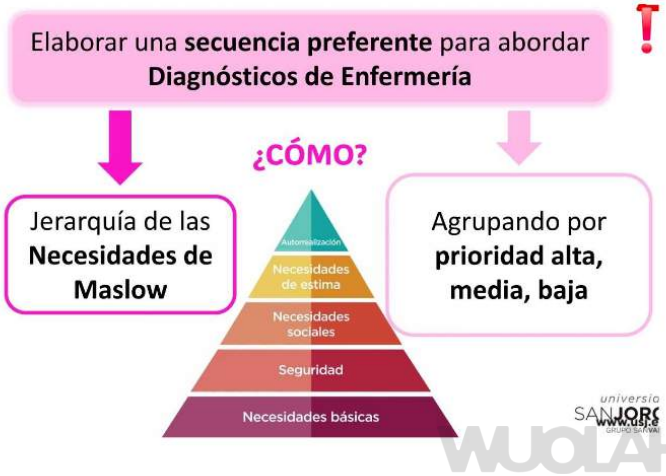
¿Cuándo?

-PLANIFICACIÓN INICIAL :
Al inicio de la relación asistencial (Ingreso, primera consulta...) y tras valoración globalal inicial.
- PLANIFICACIÓN CONTINUA :
Dinámica: tiene en cuenta cambios en el estado del paciente.
Modifica y complementa el plan inicial.
_PLANIFICACIÓN AL ALTA:
Finaliza la relación asistencial enfermera - paciente.
Planteamiento de continuidad de cuidados.

Fases.

FASE 1: PRIORIZACIÓN.

Para determinar los resultados Noc y las intervenciones NIC es esencial fijar previamente unas prioridades.
Cuando el ser humano tiene cubiertas sus necesidades del escalón básico (Fisiológicas) empieza a preocuparse por las del Inmediatamente superior (Seguridad). Una vez se siente fisicamente seguro, empieza a buscar la satisfacción de otras necesidades, como la aceptación social.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Siempre sera necesario consensuar con el paciente.

Prioridad BAJA→ Problemas asociados a la afectividad, reconocimiento, relaciones... (deterioro de la interacción Social).

Prioridad MEDIA →Problemas que amenazan la salud del paciente (riesgo de caidas)

Prioridad ALTA →Problemas que amenazan la vida (deterioro del Intercambio de gases)

Fase 2: PLANTEAMIENTO DE UN OBJETIVO - RESULTADOS (NOC)

Sirve para describir lo que el profesional de enfermería espera conseguir, mediante Su PLAN DE CUIDADOS (con la puesta en práctica de las Intervenciones de enfermeria).

- ✓ Identificar resultados esperados.
- ✓ Dirigir los cuidados.
- ✓ Medir eficacia de las Intervenciones.

OBJETIVO: Descripción general de lo que yo quiero conseguir en la salud del paciente.
ej: Pedro caminará 100m empleando un bastón, en la revisión del 20 de Noviembre.

RESULTADO (NOC):
-Son más especificos que los objetivos.
- son medibles.
- Sirven para Saber si se ha cumplido el objetivo deseado.

Ej: 0200 Aubular



Característica de los Objetivos.

-Derivan de 1 solo diagnóstico de enfermeria.
- Son Específicos
- Realistas, alcanzables.
- Medibles.
- En forma de logro a alcanzar.

Taxonomía NOC

Lenguaje común respecto a los resultados.
Nursing Outcomes Classification → Clasificación de Resultados de Enfermeria.
Los NOC son una categorización para tenerlo todo organizado y estructurado.
Los resultados de Enfermeria son criterios objetivos y comparables entre los pacientes.

La NOC define resultado de enfermeria → un estado, Conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en respuesta a las Intervenciones de Enfermeria.
Los resultados NOC
- Están creados para que se puedan utilizar en todos los ambitos en que los enfermeros proporcionan cuidados.
- Son sensibles a las intervenciones de enfermeria.





Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Taxonomía NOC - Componentes.

CODIGO.

Formado por 4 números.

TITULO.

Nombre del RESULTADO.

DEFINICION.

Explica y describe de forma concisa el resultado.

INDICADORES.

Son los escalas Likert

ESCALA DE MEDIDA TIPO LIKERT.

- Sirven para reflejar la situación en la que se encuentra el resultado.
- Estado menos deseable = 1, estado optimo = 5.





Intervenciones NIC + Redacción de actividades.

Intervención de enfermería → es todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio Clinico que un profesional de enfermeria realiza para potenciar los resultados del paciente.

Dirigidas a:

- Promoción de la Salud.
- Prevención de enfermedad.
- Restablecimiento de la Salud.
- Rehabilitación.
- Cuidados paliativos.

Tipos de Intervenciones.

INDEPENDIENTES:

- Derivan directamente de los Diagnosticos de Enfermeria.
- Cuidados planificados, dirigidas y evaluados por enfermeria.
- Actividades dirigidas hacia las respuestas humanas.
- Enfermeria competente y legalmente autorizada para ello, sin participación de otros profesionales.

INTERDEPENDIENTES:

- Cuidados en colaboración con otros profesionales sanitarios (fisioterapeutas...)

DEPENDIENTES:

- Cuidados derivados del tratamiento pautado por médicos u otros profesionales Sanitario:

DIRECTAS:

- Interacción con el paciente/sujeto receptor de cuidados.

INDIRECTAS:

- Sin interacción pero en su beneficio (dirigidas al entorno, redes de apoyo...)



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

CRITERIOS DE ELECCIÓN

1. Adecuada al **diagnóstico** y los **resultados** esperados
2. Aceptación del **paciente** (congruentes con sus **valores** y **creencias**)
3. Compatible con **otras intervenciones**
4. Factible con los **recursos disponibles**
5. Familiarización con su **base científica.** Conocimientos y habilidades **necesarios.**

TAXONOMÍA NIC

- 7 Dominios
  - Numerados **del 1 al 7**
- 30 Clases
  - Denominadas en **letras** mayúsculas y minúsculas
- 610 Intervenciones
  - Cada una con un **código de 4 cifras**
- +12000 Actividades

TAXONOMÍA NIC - Dominios

1. Fisiológico: Básico
2. Fisiológico: Complejo
3. Conductual
4. Seguridad
5. Familia
6. Sistema Sanitario
7. Comunidad

Taxonomía NIC - Componentes.

CÓDIGO.

Formado por 4 números.

TITULO.

Nombre de la INTERVENCION.

DEFINICION.

Explica y describe en que consiste la intervención.

ACTIVIDADES.

- Son las acciones específicas que la enfermera realiza para llevar a cabo la intervención.
- Son el Nivel mas concreto de actuación.

REDACCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

SIEMPRE INDIVIDUALIZADAS

- **QUIÉN** realiza la actividad — Sujeto
- **QUÉ** se va a hacer — ACTIVIDAD, Acción
- **CUÁNDO, DÓNDE** se realiza — Contexto
- **CÓMO** se va a hacer — Modo



REDACCIÓN DE LAS ACTIVIDADES - Ejemplos

NIC: 2210 Administración de analgésicos

Quién la realiza	**Cuándo**	**Cómo**
Profesional de enfermería	Cada hora hasta 3h después de la administración	Preguntando a Pedro por su nivel de dolor

Qué-Actividad: Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales

"El profesional de enfermería evaluará la eficacia del analgésico (*se puede especificar cuál*) preguntando a Pedro por su nivel de dolor cada hora hasta 3h después de su administración."

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

EJECUCIÓN.

¿Qué es?

Puesta en práctica de los cuidados previa reevaluación del paciente y Valorando su respuesta a los mismos.
Esta etapa debe ser:

- Eficiente (resultados al mínimo coste)
- Segura (minimizar riesgos)
- Basada en principios éticos.
- Participa

Habilidades necesarias.

COGNITIVAS.

- Pensamiento crítico.
- Toma de decisiones.
- Creatividad.
- Resolución de problemas.

INTERPERSONALES.

- Comunicación terapeutica (verbal y no verbal).

Favorece compromiso e implicación.

- Información.
- Escucha e interés.
- Trabajo en equipo.

TÉCNICAS.

PSICOMOTORAS "manuales o prácticas".
Integrar lo cognitivo, destrezas y prácticas.

ETAPAS:

Preparación.

Prepararnos para llevar a cabo las intervenciones de forma correcta es imprescindible:

1. ACTUALIZACIÓN DE DATOS → REVISIÓN DEL PLAN.
   - Repasar antiguos datos recogidos durante la valoración.
   - Añadir nuevos datos referidos al estado actual del paciente.
   - Valorar Cambios del paciente.
   - Confirmar:
     - Adecuación.
     - Prioridad.
   - Modificar el plan si las respuestas del paciente han variado.

2. INFORMAR AL PACIENTE DE QUE VAMOS A EMPEZAR.

Informar al paciente fomenta su PARTICIPACIÓN en el Plan de cuidados y además es su DERECHO.
El lenguaje debe ser CLARO COMPRENSIBLE y ADAPTADO al paciente.

Articulo 4. Derecho a la Información asistencial.
"Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el acubito de su Salud, toda la información disponible sobre la misma ".

Articulo 5. Titular del derecho a la información asistencial.
" El titular del derecho a la información es el paciente".
"También Serán informadas las personas vinculados a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o táctica".

3. RESOLVER CUALQUIER CUESTIÓN PREVIA DEL PACIENTE.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Aplicación.

Tipos de Intervenciones:

¿Que papel tiene la enfermera?

- Realiza una actividad por/para el paciente.
- Ayuda al paciente a realizar una actividad.
- Supervisa al paciente cuando realiza una actividad.
- Enseña al paciente sobre sus propios cuidados.
- Asesora al paciente en sus elecciones sobre los recursos.
- Vigila potenciales complicaciones y efectos adversos.

¿ Quien ejecuta la Intervención?

- INTERVENCIONES DIRECTAS → Cuidados dirigidos al paciente.
- INTERVENCIONES INDIRECTAS → Cuidados dirigidos a los familiares..
- INTERVENCIONES DELEGADAS →
  1. No se delega nunca la responsabilidad, sino que se delega la TAREA.
  2. Elegir a la persava adecuada.
  3. Conocer las capacidades de la persona en quien se deliga.
  4. Requiere una dirección, comunicación y supervisión efectiva Sobre las tareas.

¿Sobre Quién?

- Otro profesional.
- Propio Paciente.
- Cuidador.

Valoración de la respuesta: requiere una continua recogida de datos.

Registros.

Puesta por escrito de:

- Las intervenciones y actividades de enfermeria.
- Las respuestas del paciente (especialmente, las no esperadas).

↓

Fecha y hora S/p.
Identificación del paciente.
Firma del profesional.

Documento Legal permanente del usuario.
Requisito Indispensable en todas las instituciones Sanitarias.

¿ Cuando registrar?

- Despues de cada actividad o intervención → No antes, ya que ha podido haber cambios en el estado del paciente.
- Lo más Inmediatamente posible → evitar descoordinaciónes entre las miembros del equipo.

¿ Como registrar?

- Por escrito: de forma Objetiva, precisa y completa.
  - Evitar Interpretaciones y Subjetividades.
  - Añadir la respuesta del paciente.
- Verbalmente: Formato SBAR.
  - Comunicación entre profesionales.
  - Modelo de comunicación estructurada para proporcionar Información del paciente, asegurar la transferencia de información Completa y ofrecer al receptor la estructura para recordar los detalles que escucharon.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

EVALUACION.

Comparación planificada y sistemática entre el estado de Salud del paciente y los resultados esperados.
Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, Comparandolo con uno o varios criterios.

Objetivo:
- Evaluar el PROGRESO del paciente.
- Conocer la EFICACIA de los CUIDADOS.
- Evaluar el PROPIO MÉTODO, localizando los errores u omisiones.

Etapas:

1. Valoración de los resultados Obtenidos.



¿ Cómo valoramos?
Obtención de datos mediante las HERRAMIENTAS de la VALORACION.

- Entrevista.
- Exploración Física.
- Escalas.
- Otras Pruebas.

2. Comparación con las objetivos mercados

Se **comparan** los
Datos actuales = Resultados **obtenidos**
Resultados **esperados**
mediante puntuación en **escalas Likert** de los **Indicadores-NOC**

Puede ocurrir que:

- Lo esprado se haya conseguido totalmente.
- Lo esperado se haya conseguido parcialmente.
- Lo esperado no se haya conseguido.

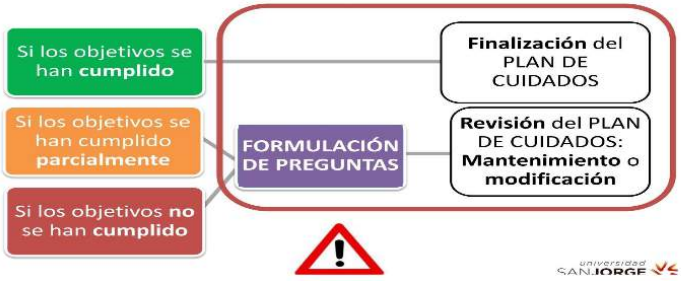
RESULTADOS POSIBLES:

- Positivos:
  - Se cumplen los objetivos propuestos.
  - Nuestro PLAN DE CUIDADOS ha sido el adecuado.
- Negativos:
  - No se cumplen los objetivos esperados.
  - Nuestro PLAN DE CUIDADOS no es el adecuado → Buscar errores y modificar.
- Inesperado:
  - Negativa que suceden por una complicación Inesperada del paciente.
- Anticipados:
  - Positivos o negativos que ocurren antes de lo esperado.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

3. Decisión sobre el plan de cuidados.



- finalización del PLAN DE CUIDADOS cuando:
  - Los objetivos se han cumplido totalmente.
  - Las causas que lo motivaron hayan desaparecido O se hayan Controlado.
  - El paciente demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación de salud.

→ Los objetivos se han cumplido parcialmente o no se han cumplido.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

¿Por qué ha fallado? *(Alfaro-Lefevre)*

1. ¿Los **objetivos** y las **intervenciones** eran **realistas y apropiados** para esta persona?
2. ¿Se **realizaron** las **actividades** de forma coherente, tal como estaban **planificadas**?
3. Los **problemas nuevos o** las **reacciones adversas** ¿se **detectaron tempranamente** y se hicieron los **cambios** adecuados?
4. ¿Cuál es la **opinión del paciente** respecto al logro de objetivos marcados en el plan de cuidados?

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

¿Por qué ha fallado? *(Alfaro-Lefevre)*

5. ¿Cuáles fueron los **factores que dificultaron** el proceso?
6. ¿Cuáles fueron los factores que **facilitaron** el proceso?
7. ¿Se buscaron artículos de **investigación prácticos y aplicables** en este caso?

- Mantenimiento del PLAN DE CUIDADOS Cuando:
  - Los objetivos se han cumplido parcialmente.
  - El diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuadas, aunque se requiera un plazo más largo.
- Modificación del PLAN DE CUIDADOS cuando:
  - Los objetivos se han cumplido parcialmente.
  - Los objetivos no se han cumplido.
  - Ha habido cambios en:
    - La situación Inicial del paciente.
    - Factores externos que influyen en el logro de los objetivos.

    Que no se han reflejado en la planificación.
  - El plan Inicial no era el más adecuado.

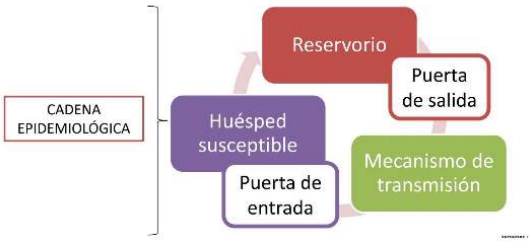
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Tema 4 NECESIDADES BASICAS, CUIDADOS BASICOS.

HIGIENE Y AISLAMIENTO HOSPITALARIO (4.1)

Cadena epidemiológica.

Para que una infección se produzca tiene que haber un agente patógeno y una cadena epidemiológica (Secuencia de eslabones que intervienen en la transmisión de un agente Infeccioso)



- AGENTE CAUSAL → Todo microorganismo que puede dar origen a una enfermedad (virus, bacteria, hongos y protozoos).
- RESERVORIO → Lugar en que el agente Infeccioso sobrevive y se multiplica (seres humanos, animales, Insectos, alimentos, agua y objetos Inanimados " fomites")
- FUENTE DE INFECCIÓN → Lugar desde donde se transmite directa o Indirectamente al huesped: hombre (fuente homóloga), animal o ser Inanimado (fuentes heterologas)
- MECANISMO DE TRANSMISIÓN → Del agente Infeccioso desde la puerta de salida del reservorio hasta la puerta de entrada del huesped:
  - Directa: piel y mucosa.
  - Indirecta: fomites.



Definiciones.

- INFECCIÓN → Invasión y crecimiento de un microorganismo patógenos en los tejidos de un huesped.
- LIMPIEZA → Eliminación de material Orgánico o inorgánico de objetos y superficies.
- ASEPSIA → Ausencia de microorganismos patógenos y sus formas de resistencia (esporas)
- ANTISEPSIA → Conjunto de procedimientos destinados a inhibir o destruir microorganismos patógenos → No destruye todos ni todas sus formas resistentes (esporas).
- ESTERILIZACIÓN → Destrucción de todos los organismos y sus formas de resistencia (esporas) en objetos Inanimados.

- Antiespsia

- Desinfección: sobre objetos Inanimados

Agentes Quimicos.

- ANTISÉPTICO: sobre superficies y liquidos Corporales (piel, mucosa y tejidos) → Inhibe el crecimiento de microorganismos, Con o sin llegar a destruirlos.
- DESINFECTANTE: DESINFECCIÓN sobre objetos Inanimados (Instrumental, superficies y ambiente) → Destrucción de microorganismos.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Antisépticos y Desinfectantes.

POVIDONA YODADA.

Heridas abiertas y pequeñas quemaduras, lavado quirurgico...

NO USAR en patología tiroidea, pediatria, embarazo, lactancia.

CLORHEXIDINA.

Acción muy rápida
Piel sana, heridas y quemaduras.

De elección para VVP y VVC. hemocultivos, Sr.....

ALCOHOL (70° - 96°)

Uso prolongado: Irritación/ sequedad

NO APLICAR EN HERIDAS.

PERÓXIDO DE HIDRÓGENO (1, 5-3%)

3% sobre piely heridas.
1, 5% sobre mucosa bucal.

CUIDADO: EMBOLIA PULMONAR.

	ALCOHOL (70º)	CLORHEXIDINA (1%)	POVIDONA YODADA (4-10%)	PERÓXIDO DE HIDRÓGENO (3%)
INICIO	2 minutos	Entre 15-30 seg	Aprox. 3 min	Inmediato
ESPECTRO	Bactericida, hongos y virus variable	Bactericida, esporostático, hongos y virus variable	Bactericida, esporóstatico, hongos y virus	Bactericida, esporicida, fungicida, algún virus
ACTIVIDAD EN MATERIA ORGÁNICA	Nula	Activa	Activa	Nula
OBSERVACIONES	Irritante, inflamable	-	Absorción sistémica, no exponer a luz y calor	Irritante en mucosas, muy reactiva en presencia de luz y aire
MANTENIMIENTO DE ACTIVIDAD	Nulo	6 horas aprox.	3 horas aprox.	Nulo
CONTRAINDICACIONES	No aplicar sobre piel lesionada	No usar en ojos y oídos	Embarazo, recién nacido, hipertiroidismo	<2 años, evitar ojos y uso con povidona: puede lesionar tejidos



DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL - ESTERILIZANTES* QUIMICOS.

- Glutaraldehido 2-10%.
- Formaldehído.
- Ácido peracético.
- Peróxido de hidrógeno (agua oxigenada)
- Hipoclorito sódico (lejía)
- Yodoforos.

Elimina Virus, bacterias, hongos, M. tuberculosis y esporas.

DESINFECTANTE DE NIVEL MEDIO.

- Fenoles y derivados.

Elimina virus, bacterias, hongos y M. tuberculosis. NO ESPORAS.

DESINFECTANTE DE NIVEL BAJO.

- Derivados del amonio cuatemario.

Elimina virus, bacterias, hongos. NO ESPORAS ni M. TUBERCULOSIS.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Clasificación de Materiales.

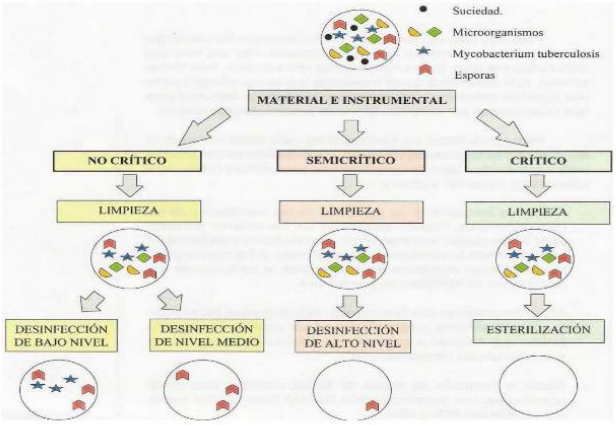




Métodos de esterilización.

La OMS define la esterilización o sepsia como "la tecnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patogenos como no patogenos, Incluidas sus formas esporuladas, altamente resistentes"

Un objeto puede estar desinfectado más no esterilizado, mientras que todo material esteril está desinfectado.



CALOR HUMEDO.

- Autoclave.
- Acción antimicrobiana ++
- No tóxico.
- Acción: Desnaturalización de las proteinas y la destrucción de los lipidos de la membrana de los microorganismos.
- 121-134 °C.

CALOR SECO.

- Estufa de Poupinel (oxidación proteinas microbianas)

RADIACIONES IONIZANTES (IONES-> CALOR)

PRODUCTOS QUIMICOS:

- Óxido de etileno puro.
- Gas-plasma de peróxido de hidrógeno.
- Vapar a baja temperatura con formaldehído.

AISLAMIENTO HOSPITALARIO.

Seguridad del Paciente.

- Adquiere relevancia en los últimas décadas.
- Elemento prioritario en la Calidad asistencial.
- Uno de sus objetivos: disminuir el desarrollo de IRAS (Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria)

Aislamiento y Precauciones de Aislamiento.

Conjunto de medidas de control de la transmisión de infecciones.

Objetivo: Evitar la propagación de infecciones y proteger en las personas en el entorno sanitario.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Infección Nosocomial.

Según la OMS la infección nosocomical es una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta a esa infección.
La infección no se habia manifestado ni estaba en proceso de Incubación antes del ingreso.
También incluye a infecciones que se manifiestan hasta 48-72 horas tras el alta.

Mecanismos de Infección.

Factores que influyen en la transmisión:

- Puerta de salida.
- Capacidad de Supervivencia.
- Virulencia.
- Cantidad.

CONTACTO:

- Director.
- Indirecto (fomite, agua, alimentos...)

GOTAS:

- Gotas de Flügge (contacto cercano -> covid) .
- < de 1 m.

VIA AÉREA:

- Gotas de Wells (< 5 µm) (se mantienen en el aire)
- Partículas de polvo en suspensión (tuberculosis)

4 DISTRIBUCIÓN DE INFECCIONES Y PREVALENCIA

4.1 Localización de las infecciones

4.1.1 Localización de las infecciones por grupos: prevalencia de infecciones por pacientes y distribución por infecciones

El 8,18 % de los pacientes ingresados padecía una IRAS.

Localización infección (grupo)	IRAS Nº pac	% Prev	Nº infec	% Rel	Nº infec con Vp
COVID-19	301	0,50	301	5,50	6
Urinarias	1128	1,88	1128	20,60	39
Quirúrgicas	1061	1,77	1073	19,59	55
Respiratorias	1089	1,82	1102	20,12	155
Bacteriemias e IAC	723	1,21	727	13,28	82
Otras localizaciones	1113	1,86	1145	20,91	72
Total	**4904**	**8,18**	**5476**	**100,00**	**409**

Localización de la infección nosocomial:

1. Infecciones Urinarias 20,60%
2. Infecciones Respiratorias 20,12%
3. Infecciones Quirúrgicas 19,59%
4. Bacteriemias e IAC 13,28%
5. Covid-19 5,50%

Otras localizaciones 20,91%

@topenfermero

CUADRO 28.1 Mecanismos de transmisión

Contacto

Directo

- Contacto físico de persona a persona (fecal, oral) entre la fuente y el huésped susceptible.
- Las manos del personal sanitario se contaminan al tocar los gérmenes presentes en un paciente, en el aparataje médico o en las superficies de alto contacto, y el profesional sanitario lleva los gérmenes en las manos y los transmite a una persona susceptible.

Indirecto

- Contacto personal del huésped susceptible con un objeto inanimado contaminado (p. ej., agujas u objetos afilados, ropa de cama sucia, vendajes, entorno).

Por gotas

- Una persona infectada tose o estornuda, creando gotas que transportan los gérmenes a distancias cortas (en un radio de aproximadamente 2 m). Estos gérmenes pueden aterrizar en los ojos, la nariz o la boca de una persona susceptible y causar una infección (p. ej., tosferina o meningitis).

Por vía aérea

- Los organismos son transportados en núcleos o residuos de gotas o en gotas evaporadas suspendidas en el aire durante la tos o los estornudos. Los gérmenes son aerosolizados por equipos médicos o por el polvo de una zona de construcción (p. ej., micobacterias no tuberculosas o *Aspergillus*).

Por vehículos

- Artículos contaminados. Por ejemplo, las lesiones por objetos punzantes pueden provocar infecciones (p. ej., VIH, VHB, VHC) cuando los patógenos transmitidos por la sangre entran en una persona a través de un pinchazo en la piel por una aguja usada o un instrumento afilado.
- Agua.
- Medicamentos, soluciones.
- Sangre.
- Alimentos (manipulados, almacenados o cocinados incorrectamente; carnes frescas o descongeladas).

Por vectores

- Transferencia mecánica externa (moscas).
- Transmisión interna, como enfermedades parasitarias entre el vector y el huésped, como:
  - Mosquito.
  - Piojo.
  - Pulga.
  - Garrapata.

Medidas Generales.

HIGIENE DE MANOS.

Las fuentes de transmisión de las IRAS son:

- Otros pacientes.
- Propio paciente.
- Materiales.
- Profesionales: Manos.

IRAS → Infecciones Respiratorias Agudas.

Según la OMS, la higiene de Manos es la medida mas importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las IRAS, por ser la principal fuente de transmisión.

La higiene de manos se define como → Frotación enérgica de las manos, previamente enjabonados, seguida de un aclarado con agua abundante.
Los objetivos son:

- Eliminar la suciedad.
- Eliminar la Materia orgánica.
- Eliminar la microflora habitual.
- Elimirar la microflora transitoria.
- EVITAR LA TRANSMISIÓN DE MICROORGANISMOS.

El lavado de manos es la primera y principal medida de prevención y control de infecciones nosocomiales.

OBSERVACIONES.

- Uñas largas.
- Joyas.
- Evitar el agua caliente
- Evitar secar las manos con toalla o aire.

OBSERVACIONES

- No guantes si manos humedas.
- Toallas de papel desechable
- Crema de manos protectora.
- Cubrir heridas.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

LAVADO HIGIENICO DE MANOS (rutinario, casa)

- Con agua y Jabón nuestro
  - Eliminar la materia orgánica.

LAVADO CLÍNICO DE MANOS (antiséptico)

- Con preparados de base alcohólica.
  - Cuando las manos estén visiblemente limpias.
  - Durante 20-30s
- Con agua y Jabón antiséptico.
  - Manos Sucias o Contacto con fluidos corporales.
  - Durante 40-60s





LAVADO QUIRURGICO.

- Con Jabones antisépticos.
  - Antes de procedimientos Invasivos.
  - Durante 3-5 min.

Las manos deben estar por encima de los codos, por delante y lejos del cuerpo en todo momento.

1. Abrir el agua con los mandos de pie o codo.
2. Mojar las manos y brazos.
3. Coger la esponja con jabón antiséptico.
4. Frotar las uñas (x1) la palma de la mano, todas las lados de cada dedo y el lado posterior de la mano. Repetir para la otra mano.
5. Dividir el brazo mentalmente en tercios, hasta 5cm por encima de los codos, y frotar cada tercio (dirección de moves a codos).
6. Desechar la esponja y aclarar par arrastre de dedos a codos.
7. Cerrar el agua.
8. Secar cada mano, con toallas estériles, desde los dedos hasta el codo con un movimiento de rotación.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

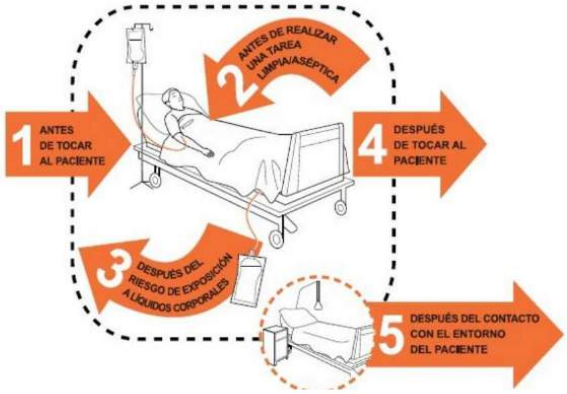
LAVADO MANOS RUTINARIO	Inicio y fin jornada	Antes y después de ir al baño, estornudar …
	Manos sucias o contaminadas por líquidos corporales	Antes y después de comer

LAVADO ANTISÉPTICO	Después del lavado rutinario	Antes de la colocación de guantes y tras su retirada
	Antes de procedimientos como canalización y/o manipulación de accesos vasculares o sondaje urinario	Tras contacto con líquidos corporales, mucosas, piel no intacta y vendajes de heridas
	Al pasar de una localización corporal contaminada a una limpia	Antes, después y entre el contacto directo con el paciente o su entorno

LAVADO QUIRÚRGICO	Antes de realizar procedimientos invasivos.	Antes de una intervención quirúrgica (IQ)

Sus 5 Momentos

para la Higiene de las Manos



EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI)

COMPONENTES

GUANTES.

Cambiar entre procedimientos en el mismo paciente	Cambiar entre paciente y paciente	Retirar inmediatamente después
Higiene de manos después de retirada	Ajustar talla y material	Cambiar si se perforan + higiene de manos
	No suponen protección completa	



su uso no exime de la higiene de Manos.

MASCARILLA





Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

BATA.



Bata no impermeable, desechable (de un solo uso)



Bata impermeable y lavable

- Bata limpia. No necesariamente estéril.
- Cuando → Riesgos de salpicaduras de sangre, fluidos corporales y en heridos de gran extensión o supuración. Si aislamiento cutáneo.



PROTECCIÓN OCULAR

Cuando se puedan generar salpicaduras o nebulizaciones de sangre, fluidos corporales y/o secreciones.



PROTECCIÓN FACIAL

Cuando se puedan generar salpicaduras o nebulizaciones de sangre, fluidos corporales y/o secreciones.



CALZAS

Opcionales

Para proteger el calzado de salpicaduras o gotas.

Para evitar que entre la suciedad en aislamiento protector



GORRO

Opcional

Si se tiene el pelo largo o se puede contaminar

Colocación EPI

1. LAVADO DE MANOS
2. BATA
3. MASCARILLA
4. ¿PROTECCIÓN OCULAR/FACIAL?
5. GUANTES
6. ENTRAR EN LA HABITACIÓN

Retirada EPI.

1. GUANTES
2. PROTECCIÓN OCULAR
3. BATA
4. LAVADO DE MANOS
5. MASCARILLA
6. LAVADO DE MANOS
7. SALIR DE LA HABITACIÓN

Aislamiento Respiratorio o Estricto

1º SALIR

2º MASCARILLA

CONTROL DEL MEDIO: BIOSEGURIDAD.

OBJETIVOS

- Garantizar la asepsia ambiental.
- Contención de microorganismos, zonas críticas del hospital:
  - Área quirúrgica.
  - Habitaciones de aislamiento.
  - Salas de hemodinámica y hemodiálisis.
  - Neonatología.
  - UCIs.

HERRAMIENTAS.

- Protocolos de limpieza y desinfección.
- Presión ambiental positiva
- Aire acondicionado con filtros.
- Correcta Circulación, Vestuario y calzado del personal.
- Gestión de los residuos.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Equipo para el cuidado del paciente

Material reutilizable en **contacto con cavidades, mucosas**: limpiar + esterilizar.

Material reutilizable en **contacto con piel íntegra** (esfigmomanómetro), se limpiará con frecuencia con agua y jabón, y se desinfectará.

Tipos de Aislamiento.

CONTACTO

- Directo (Con el paciente) / Indirecto (con el entorno)
- Colonización o Infección por:
  - Organismos Multirresistentes (SARM)
  - Patógenos entéricos (Clostridium Dificile)
  - Infecciones de heridas graves.
  - Herpes Simple, Sarna, Varicela Zoster (diseminada), VRS...

PRECAUCIONES + GENERALES

- **Habitación** individual
- **Bata**
- **Mascarilla** quirúrgica (si salpicaduras)

PRECAUCIONES GENERALES

- **Guantes**
- **Habitación** individual
- **Equipo exclusivo** para el paciente
- Limpieza **entorno**
- Limitar los **traslados y visitas**

RESPIRATORIO.

GOTAS

- Gotas > 5 micras (Flügge)
- Diseminación < 1 metro.
- Gripe, tosferina, VRS, Neisseria Meningitis meningococica...

PRECAUCIONES + GENERALES

- Mascarilla **quirúrgica**
- Mascarilla **al paciente**
- Bata (si **contacto estrecho**)
- Protección ocular (si **riesgo de salpicaduras**)

Transmisión Aérea.

- Gotas < 5 micras (Wells)
- Diseminación > 1 metro.
- Varicela, Sarampión, rubeola, mycobacterium tuberculosis.

PRECAUCIONES + GENERALES

- Habitación ¡**PRESIÓN NEGATIVA**!
- Mascarilla **alta eficacia**
- Mascarilla **al paciente**
- Bata
- Protección ocular (si **riesgo salpicaduras**)

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

PROTECTOR.

También llamado "Inverso".

- Pacientes no infecciosos, pero si con mayor Vulnerabilidad a la infección: pacientes Inmunodeprimidos, afectos de quemaduras graves.

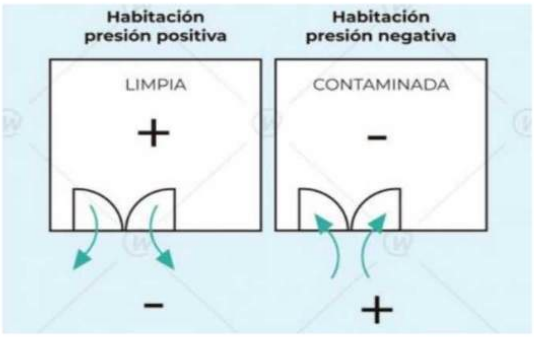


EN CASO DE INFECCIONES MUY CONTAGIOSAS O VIRULENTAS.

Difteria, Varicela, peste, rabia...

AISLAMIENTO CONTACTO. + AISLAMIENTO RESPIRATORIO: TRANSAEREA. + PRECAUCIONES GENERALES

Habitaciones con Presión Positiva o Negativa.



HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO (4.2)

Un enfermo encamado es un paciente que por circunstancias de Salud está obligado a permanecer en cama con movilidad muy reducida o sin movilidad.

OBJETIVOS:

1. Higiene óptima en su totalidad.
2. Vigilar estado de la piel.
3. Conservar Integridad de la piel.
4. Mejorar la circulación sanguinea y la hidratación.
5. Prevenir aparición de infecciones y UPP (Úlceras por presión)
6. Aumentar la comodidad y la autoestima del paciente.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Material.

GUANTES	PALANGANA	ESPONJA JABONOSA DESECHABLE
JABÓN NEUTRO	CREMA HIDRATANTE Y/O AGHO	TOALLA LIMPIA
PAÑAL O EMPAPADOR NUEVOS	CAMISÓN LIMPIO	ROPA DE CAMA LIMPIA

Técnica.

HIGIENE CORPORAL GENERAL

1. Lavado de manos + Guantes Desechables.
2. Informar.
   - Colaboración.
   - Consentimiento.
3. Intimidad.
4. Temp. Óptima.
   - Ambiente → 24-25°C.
   - Agua → 35-36°C
5. Cama en Horizontal y Retirar ropa.
   - Ayudar al paciente a desnudarse y cubrirle con una sabana o una toalla.
   -INTIMIDAD.
6. Paciente en Decubito Supino.
   - Ojos, cara, orejas, cuello, brazos, manos, axilas, pecho, abdomen, parte anterior de las extremidades Inferiores, genitales.
7. Cambiar agua, Jabon y esponja.
8. Paciente en Decúbito Lateral.
   - Parte posterior del cuello, hombros, espalda, nalgas, extremidades Inferiores, zona perianal.
9. Secar.
   - NO fricción.
10. Crema hidratante.
11. Cortar y limar uñas.
12. Cambiar ropa.
    - No arrastrar al paciente.
13. Registrar.

LAVADO DE LA CABEZA EN LA CAMA.

1. Decubito Supino.
   - Cabeza colgando por la parte superior de la Cama.
2. Toalla alrededor del cuello y tapar oidos.
3. Palangana debajo de la cabeza.
4. Lavar, aclarar, Secar y peinar.
5. Registrar.





WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

HIGIENE DE LOS OJOS.

- Consciente → posición Fowler.
- Inconsciente → Decúbito Supino o Semi-fowler.



1. Gasa estéril con suero.
   - Ángulo Interno → externo.
   - Una gasa para cada ojo.
2. Suero desde el lado opuesto al lagrimal.
   - Párpados abiertos.
3. Secar y cerrar parpados.

HIGIENE DE LA BOCA.

Paciente Consciente:

1. Paciente Sentado o Semisentado.
2. Cubrir el torax Con un empapador.
3. Cepillar la lengua, dientes y encias.
4. Enjuagar con agua y colutorio.
5. Bálsamo en los labios.



Paciente Inconsciente:

1. Cabeza ladeada.
2. Enrollar una gasa alrededor de unas pinzas y empapar con antiséptico.
3. Limpiar cavidad Oral.
4. Aclarar con agua y aspirar.
5. Balsamo en los labios.

HIGIENE DE LOS GENITALES.

Mujer

1. Decubito Supino + piernas separadas y flexionadas.
2. Separar labios vulvares y limpiar de delante hacia atrás (desde vulva a ano)
3. Enjuagar y secar.

Hombre

1. Decubito Supino.
2. Retirar la piel que cubre el glande: agua y ¡No secar!
3. Piel a su posición.
4. Limpiar testículos.
5. Paciente de lado: limpiar ano.

CAMBIO DE ROPA DE CAMA.

1. Nos ponemos guantes y protegemos al paciente de posibles caidas.
2. Aflojamas la ropa de la cama, retiramos la colcha y la manta aproximando los bordes superiores e inferiores.
3. Introducir la ropa de cama retirada en la bolsa de sucio. Si se va a reutilizar, doblarla y colocarla en la silla.
4. Si la encimera no está sucia, aflojarla y dejarla sobre el paciente o colocar una manta de baño que la sustituya. No dejar nunca al paciente descubierto.
5. Si se coloca la manta de baño, retirar la encimera deslizando de hombros a pies, a la vez que se extiende la manta de baño.
6. Retirar la almohada pasando el brazo derecho sobre la cara del paciente hasta debajo de su cuello, cambiar la funda y colocarla encima de la silla.
7. Colocar al paciente en decúbito lateral Cercano en uno de los bordes de la cama de forma que se quede sujeto por uno de los dos enfermeros o sujetandose el mismo a la barandilla.
8. El otro enfermero enrollara la ropa sucia y la retirará hasta la espalda del paciente sin tocar la parte que ha estado en contacto con el.
9. Extender la sábana bajera limpia sobre la cama sin airearla, llevándola hacia el centro de la misma y fijarla debajo del colchón.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

10. Colocar la entremetida en el tercio medio de la cama, fijarla bajo el colchón y el resto se recoge próximo al cuerpo del paciente. Si fuera necesario, colocar el empapador.
11. Entre los dos enfermeros, girar hacia el lado contrario al paciente, de forma que quede acostado en la otra Orilla de la cama.
12. El segundo enfermero retirará la lenceria sucia, la introducirá en la bolsa y la cambiará.
13. Colocar al paciente en decúbito supino y, si antes no se ha colocado la almohada, hacerlo en este momento.
14. Extender la encimera sobre el paciente al tiempo que se retira la que se ha utilizado para taparlo.
15. Ajustar la encimera bajo el colchón con holgura para no presionar los pies y proceder a colocar el resto de la ropa como en la cama abierta.
16. Dejar al paciente en posición cómoda con facil acceso al timbre y a los objetos personales.
17. Recoger el material, quitarse los guantes, llevarse las manos y comunicar las posibles Incidencias.

NO OLVIDARII

- Cambiar el agua y la esponja siempre que sea necesario.
- Limpiar la nariz con una torunda (Vaselina en Costras)
- Ojos → desde el angulo interno al externo con una gasa humedecida.
- Secar bien. ¡ Espacios Interdigitales !
- Girar al paciente para lavar la zona posterior. Mantener alineación Corporal.
- Facilitar los útiles para la limpieza de genitales si el paciente puede hacerlo de forma Independiente.

RECUERDAII



- Realizar la higiene del enfermero una vez al dia y siempre que sea necesario.
- El lavado se hará de arriba a abajo.
- Enseñar medidas higiénicas recomendadas para cuando lo realice solo.
- Fiebre → Agua más fresca para disminuir la temperatura.
- Proteger preminencias óseas → UPP.
- Servicio peluqueria.
- NO DESCONECTAR EL EQUIPO INTRAVENOSO PARA RETIRAR LA BATA!!
  → Pasaremos la manga por el brazo hacia abajo y luego el gotero lo pasaremos par la manga.

MOVILIZACIONES.

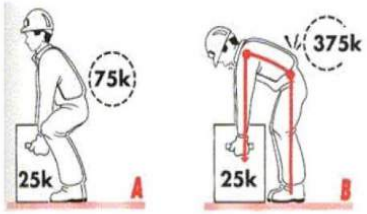
Principios básicos de Mecánica Corporal.

NORMAS PARA LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.



- Preparar el área donde se va a trabajar, quitando los elementos que puedan entorpecernos.
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor.
- Mantener la columna Vertebral lo más erguida posible.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

NORMAS MANIPULACIÓN DE CARGAS.



- Espalda recta.
- Pies separados.
- Rodillas flexionadas y glúteos Contraidos.
- Situar la carga cerca del cuerpo.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE → HACIA LA CABECERA DE LA CAMA.

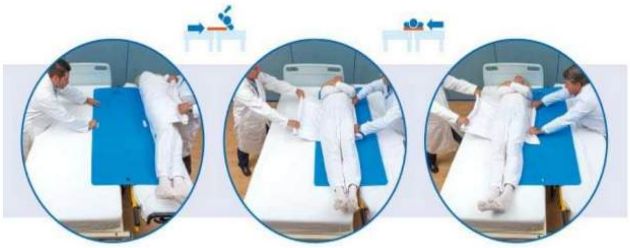
- Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros, pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama.
- Paciente haga presión con los pies a la vez que se le desplaza.

si el paciente no colabora → Uso de SÁBANA / TERNA.

- Evitar fricción.

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE → DE UNA CAMA A OTRA.

- 3 personas + Sábanas.
  - Traslado desde camilla a cama con paciente no colaborador.
- Mediante tabla deslizante / transfer.
  - Tabla deslizante para transferencia lateral de pacientes.



MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE → CAMA SILLON.

Aspectos a tener en cuenta:

- Conocer las posibles lesiones o enfermedades del paciente.
- Explicar al paciente los movimientos que se van a realizar y buscar su colaboración.

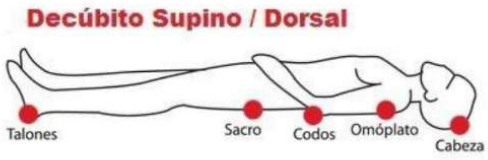
Pasos.

1. Colocar al paciente en el lateral de la cama.
2. Le giramos y le sentamos al borde de la cama.
3. Mantenemos en esta posición unos instantes para evitar mareos.
4. Le levantamos y le sentamos en la silla/sillón con la técnica correcta, evitando Caidas.

POSTURAS.

Decúbito Supino.

- Posición horizontal mirando hacia arriba.
- Vigilar zonas de riesgo de UPP: cabeza, omoplato, Codos, sacro y talones.
- Vigilar si se desplaza hacia los pies de la cama.



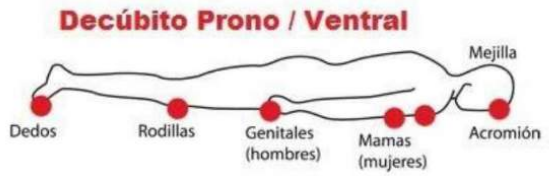
ALINEAMIENTO VERTEBRAL → POLITRAUMATISMOS,

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Decubito prono.

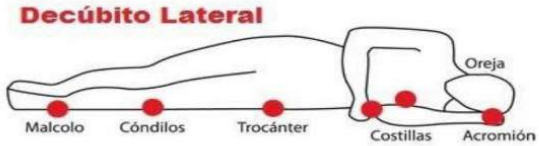
- Posición horizontal mirando hacia abajo.
- Vigilar zonas de riesgo de UPP: mejillas, hombro, mamas, genitales (hombres), cresta ilíaca, rodilla y dedos de los pies.
- Almohada bajo el diafragma y debajo la flexura de los pies.



Heridas o quemaduras en espalda, problemas Vertebrales, objetos enclavados...

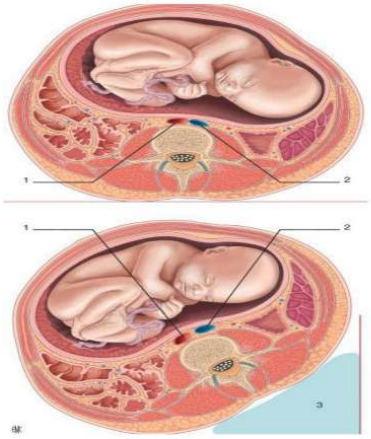
Decubito lateral .

- Posición horizontal apoyado sobre lado derecho o izquierdo.
- Acomodar brazos → ligera flexión.
- Vigilar zonas de riesgo de UPP: Orejas, hombros, costillas, trocanteres, Condilos y maleolos.



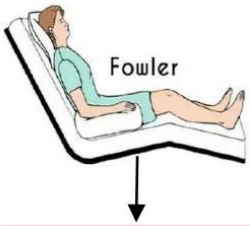
POSICIÓN PARA EMBARAZADAS.

La mejor posición de reposo en cama para la embarazada es el decubito lateral Izquierdo, porque esto permite una mayor y mejor irrigación de la placenta, ya que evita la presión del útero sobre la vena cava que trae la sangre de retorno al corazón.

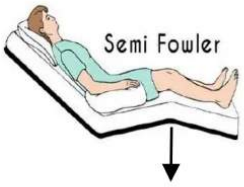


Fowler y semi-fowler.

- Decúbito supino con cabecera entre 45-60° FOWLER.
- Decubito supino con cabecera <30° SEMI-FOWLER.
- Vigilar zonas de riesgo de UPP: omoplatos, Codos, Sacro y talones.



Disnea, Cardiopatías...

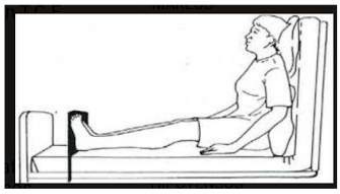


Postura estándar.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

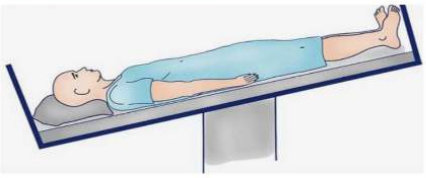
Fowler alta.

Cabecera 90 °.
Disnea Severa, Nauseas.
El paciente sin afectación del nivel de consciencia.



Trendelemburg.

Decubito supino, Inclinando cama para que quede la cabeza en un plano Inferior al de los pies.
Pacientes en Shock.



SIMS.

- El paciente está en decúbito lateral izquierdo, con el brazo izquierdo extendido detrás de la espalda y el brazo derecho, flexionado, cercano a la cabeza. La pierna Izquierda se encuentra extendida o ligeramente flexionada y la derecha flexionada y adelantada sobre la izquierda.
- Indicada para:
  - Administración de enemas.
  - Tractos rectales.
- Cama en horizontal.



Litotomia.

- Posición ginecológica.
- Decúbito supino + flexionar rodillas y separar piernas.
- Adecuada para:
  - Exploraciones ginecológicas.
  - Lavado de genitales.
  - Sondaje Vesical en la mujer.
  - Tema de muestras Vaginales.



WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Posición lateral de seguridad.

Pacientes Inconscientes que respiran.



NO USAR ESTA POSTURA SI EL PACIENTE HA SUFRIDO TRAUMATISMOS IMPORTANTES!!!

Esta posición garantiza:

- Reducir al mínimo el movimiento de la victima.
- Mantener la cabeza, cuello y tronco en linea recta.
- Permite Salida de secreciones y/o vomitos → evitar broncoaspiraciones.
- Evita que la lengua obstruya la vía aérea.
- Permite valorar la respiración y el pulso.

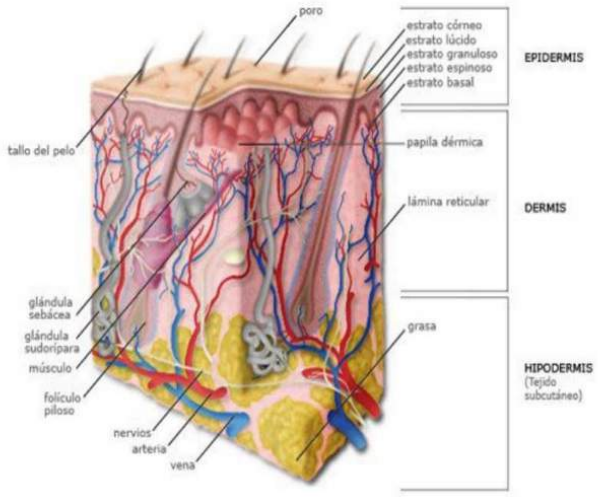
Recuerda:

- No dar de comer ni beber a la victima.
- No alterar el estado emocional con comentarios inapropiados.
- Retirar objetos que puedan ser lesivos.
- ¡Reevaluar!

CUIDADOS DE LA PIEL: HERIDAS - CURA PLANA Y VENDAJES (4.3.1).

1. ANATOMOFISIOLOGIA DE LA PIEL.

Es una barrera protectora que se extiende sobre toda la superficie corporal. Se considera el órgano de mayor superficie (puede alcanzar entre 1,2-2 m2) y es también el órgano de mayor peso ya que puede llegar a pesar hasta 4Kg.



EPIDERMIS:
Superficial, sin vasos Sanguineos.

DERMIS:
Capa media → tejido conjuntivo, vasos y terminaciones nerviosas

HIPODERMIS:
Profunda → tejido conjuntivo y tejido adiposo.

WUOLAH

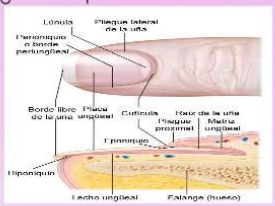
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Anexos Cutáneos.

Apéndices o partes adjuntas a la piel. Se forman a través de la epidermis y reciben nutrientes, electrolitos y líquidos de la dermis.

UÑAS

Constituidas por queratina.
Constan de 2 bordes: próximal y distal.
Protegen las puntas de los dedos.



GLANDULAS SUDORIPARAS

Función termorreguladora, excretora y humectante.
Las hay ecrinas (no huele) y apocrinas (huele).



GLÁNDULAS SEBACEAS

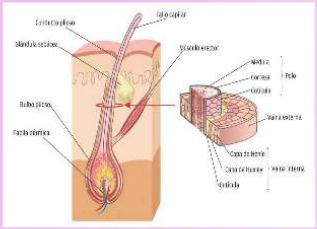
Producen sebo (flexibilidad e impermeabilidad)
Asociadas frecuentemente a los pelos.



PELOS.

Organos asociados a la dermis,
Tres capas → interna o médula, media o corteza, externa o cutícula.
Partes:

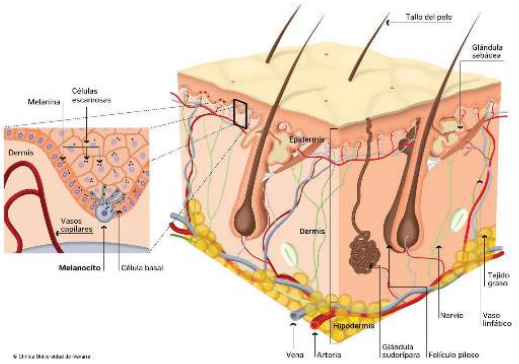
- Raíz: bajo la superficie cutánea (dermis e incluso hipodermis)
- Tallo: superficie epidérmica.



Vascularización

La piel es un órgano muy vascularizado → 20% del volumen sanguíneo total.

- Vasos arteriales: pequeñas redes → plexos arteriales.
- Vasos venosos: paralelos a los arteriales → plexo venoso subpapilar.
- Capilares linfáticos: distribuidos por toda la superficie cutánea.



Funciones.

- **Protectora:** Agresiones mecánicas, UV, microorganismos...
- **Termorreguladora**
- **Metabólica:** Síntesis vitamina D
- **Excretora:** Desechos → sudor
- **Absorción** (Ej. administración medicamentos)
- **Sensibilidad:** Estímulos táctiles, térmicos y dolorosos
- **Respuesta inmune**

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

2. VALORACIÓN DE ENFERMERIA.



Entrevista.

- Movilidad /actividad Física.
- Estado Nutricional e Hídrico.
- Nivel de consciencia.
- Higiene del Paciente.
- Condiciones Ambientales (Sabanas, presión, Cizallamiento..)
- Incontinencia Urinaria o fecal.
- Integridad cutánea/Estado de la Piel.

Valoración
Pregunte al paciente sobre el historial de los cambios en la piel: sequedad, descamación, prurito, úlceras, exantemas, nódulos, color, textura, olor y lesión que no se cura
Pregunte si el paciente tiene los siguientes antecedentes: tez clara, pecosa, rubicunda; cabello u ojos claros; tendencia a quemarse fácilmente
Determine si el paciente trabaja o pasa mucho tiempo al aire libre. Si es así, pregunte si usa protector solar y el nivel de protección
Determine si el paciente ha observado lesiones, exantemas o hematomas
Pregunte al paciente sobre la frecuencia del baño y el tipo de jabón utilizado
Pregunte si el paciente ha tenido un traumatismo reciente en la piel
Determine si el paciente tiene antecedentes de alergias
Pregunte si el paciente utiliza medicamentos tópicos o remedios caseros en la piel
Pregunte si el paciente va a salones de bronceado, utiliza lámparas solares o toma pastillas para broncearse
Pregunte si el paciente tiene antecedentes familiares de trastornos cutáneos graves, como cáncer de piel o psoriasis
Determine si el paciente trabaja con creosota, carbón, alquitrán, productos derivados del petróleo, compuestos de arsénico o radio







Exploración Física: Inspección y Palpación.

Temperatura

Hidratación →

SIGNO DEL PLIEGUE

Pellizcar 5" el dorso o el vientre de la mano
Al soltar → la arruga se mantiene elevada = deshidratación

Cambios coloración

Lesiones

¿Dónde? ¿Qué aspecto tiene? ¿Precisa curas?

SITUACIONES ESPECIALES.

PACIENTES DIABÉTICOS

- Pies.
- Valorar sensibilidad.
- Comprobar lesiones.
- Educar sobre el cuidado concreto: aseo, calzado, calcetines, temperatura agua ...

PACIENTES ENCAMADOS.

- Revisar zonas de presión (riesgo de UPP)
- Comprobar correcto nivel de hidratación.
- Valorar continencia (urinaria y fecal).
- Valorar estado nutricional.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Diagnosticos Enfermeros (NANDA), Resultados (Noc) e intervenciones (NIC)

NANDA.

- [00304] Riesgo de lesiónpor presión en el adulto.
- [00046] Deterioro de la integridad cutánea
- [00047] Riesgo dedeterioro de la integridadcutánea
- [00004] Riesgo de infección

NOC.

- [1101] INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.
- [0301] AUTOCUIDADOS: BAÑO.
- [0305] AUTOCUIDADOS: HIGIENE.
- [0204] CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD: FISIOLÓGICAS.
- [0502] CONTINENCIA URINARIA.
- [1103] CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN.
- [1102] CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN.

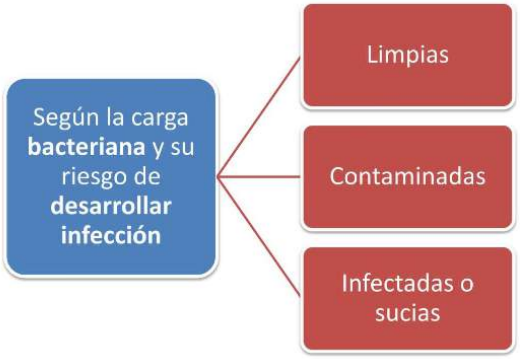
NIC.

- [3660] Cuidados de las heridas.
- [3520] Cuidados de las úlceras por presión.
- [3440] Cuidados del sitio de incisión.
- [3590] Vigilancia de la piel.
- [2316] Administración de medicación: tópica.

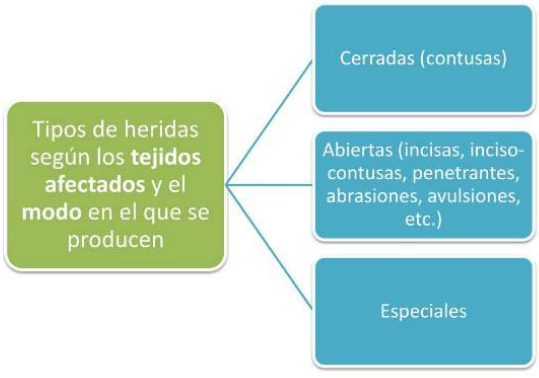
3. HERIDAS.

Pérdida de solución de continuidad o la separación de las siguientes estructuras: piel, fascia, músculo, hueso, tendones, y vasos sanguíneos.

Consiste en un estado patológico en el que los tejidos están separados entre sí y/o destruidos, que se asocia con una pérdida de sustancia y/o deterioro de la función.







Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Heridas Cerradas, Contusas.



No hay solución de continuidad a nivel superficial.
Son contusiones producidas por un instrumento romo (heridas contusas)
Con mínimas señales externas (hematomas).
Importante: vigilar si hay mayores lesiones internas.

Heridas abiertas.

Hay pérdida de la integridad cutánea: destrucción de tejido y exposición de tejido profundo al exterior.

Tipos de heridas abiertas:

- SIMPLES, INCISAS:
  - Bordes limpios y regulares, sin lesiones de vecindad.
  - Producidas por agentes cortantes y/o con bordes afilados.



- COMPLEJAS, INCISOCONTUSAS:
  - Solución de continuidad + contusión de tejidos.
  - Bordes irregulares.
  - Producidas por agentes romos y/o punzantes.

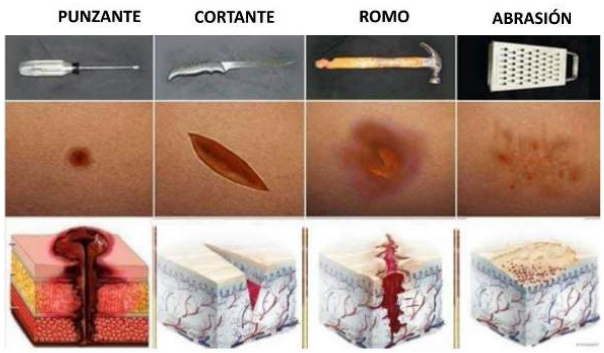


- ABRASIÓN:
  - Afectación de la epidermis.
  - Producidas por fricción.



- AVULSIÓN:
  - Los tejidos se separan y se desgarran.
  - Producidas por tracción violenta sobre los tejidos.





HERIDAS ESPECIALES



Cicatrización.

CURACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN.

- Las superficies tisulares se aproximan (ej. mediante sutura)
- Heridas limpias no contaminadas sin pérdida de tejido o es mínima.

CURACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN.

- Los bordes no pueden o no deben aproximarse (ej. UPP).
- Heridas contaminadas, infectadas y/o con pérdida considerable de tejido.

CURACIÓN POR TERCERA INTENCION.

- La herida debe dejarse abierta 3-5 días, para remisión de edema o drenaje de exudado → posteriormente cierre mediante suturas, grapas o adhesivos.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

FASES:

1. INFLAMATORIA.

- Se produce inmediatamente después de la lesión y durade 3 a 6 días después.
- Durante esta fase se produce:
  - La hemostasia (interrupción de la hemorragia): se debe a la vasoconstricción de los vasos sanguíneos, el depósito de fibrina (tejido conjuntivo) y la formación de coágulos sanguíneos.
  - La fagocitosis (fagocitación de microorganismos y restos celulares, por parte de los macrófagos).

.2. PROLIFERATIVA.

- 3-4 días desde la lesión hasta el día 21.
- Se comienza a sintetizar colágeno (sustancia proteica) para que cierre la herida.
- Tiene lugar la revascularización de la zona, por lo que el tejido toma un color rojo traslúcido: el tejido de granulación (frágil)



3. MADURACIÓN.

- Desde el día 21 hasta 1 o 2 años después.
- Continúa la síntesis de colágeno.
- La herida se reestructura y se contrae; la cicatriz se fortalece.
- Si hay un depósito anormal decolágeno: queloide (cicatriz hipertrofica)



Curas.



1. CURAS CAMPO ESTERIL

El campo estéril es la zona que permite mantener las condiciones de asepsia correctas.
En las curas, se pueden crear campos estériles:

- Delimitando una zona corporal del paciente para llevar a cabo un procedimiento que requiera asepsia.
- Creando una zona estéril sobre superficie plana.

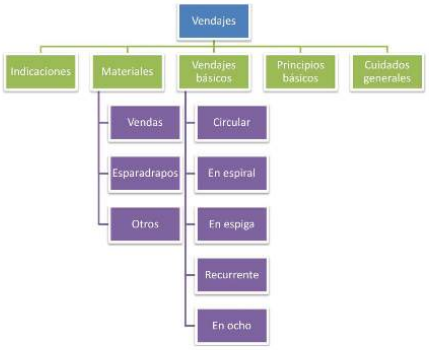
WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

2. CURAS: TECNICAS.

1. Identificar e informar al paciente sobre el procedimiento que se va a llevar a cabo
   - Solicitar su colaboración siempre que sea posible
2. Preguntar por las alergias a los productos que se van a utilizar en las curas
3. Garantizar la intimidad del paciente
4. Comprobar que el paciente se haya duchado
5. Realizar un lavado de manos clínico (jabón antiséptico o solución hidroalcohólica)
6. Colocar al paciente en la posición adecuada para realizar la cura
7. Colocarse los guantes no estériles
8. Retirar suavemente el apósito sucio, humedeciéndolo con suero fisiológico si está adherido.
   - Doblar sobre sí mismo el apósito para no contaminar y depositarlo en la bolsa de residuos junto con los guantes no estériles
9. Valorar la herida (tipo, etiología, fase de cicatrización, signos de infección, dolor)
10. Preparar el campo estéril (sobre superficie plana)
11. Abrir el paquete de gasas y el equipo de curas
    - Utilizando una técnica aséptica, depositarlos en el campo estéril
12. Colocarse guantes estériles ▶
13. Con la ayuda del mosquito, realizar torundas
14. Limpiar la herida con solución salina por arrastre
    - Siempre de arriba abajo y de dentro hacia fuera y/o en espiral
    - Si la herida está contaminada, siempre de limpio a sucio
15. Secar la zona, utilizando la misma técnica
16. Aplicar antiséptico en espiral de dentro hacia fuera
17. Cubrir con apósito estéril y/o vendaje si precisa

3. VENDAJES.



Indicaciones

- Inmovilizar articulaciones.
- Favorecer el retorno venoso de las extremidades.
- Asegurar férulas.
- Asegurar apósitos.
- Proteger quemaduras y lesiones.
- Proteger prominencias oseas.

VENDAS


Venda adhesiva elástica


Venda NO adhesiva elástica (venda de crepé)


Venda de algodón


Venda elástica cohesiva


Venda de gasa


Venda de yeso


Tape

ESPARADRAPOS


Esparadrapo de papel


Esparadrapo de plástico


Esparadrapo de gasa



Esparadrapo de tela

OTROS



Guantes no estériles


Tijeras de vendaje

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

TIPOS DE VENDAJES.



VENDAJE CIRCULAR.

- Indicado para partes anatómicas cilíndricas.
- Cada vuelta de venda cubre por completo la vuelta anterior

Función: protectora o compresiva.



VENDAJE EN ESPIRAL

- Indicado para partes del cuerpo con el mismo perímetro.
- Cada vuelta de la venda cubre la mitad o dos tercios de la vuelta anterior, y se realiza ascendente con un ángulo de 30°aproximadamente.

Función: protectora o de sujeción.

VENDAJE EN OCHO

- Indicado para articulaciones (rodilla, codo, tobillo y muñeca)
- Comienza con 2 vueltas circulares por debajo de la articulación. A continuación, se da una vuelta ascendente anterior hasta par encima de la articulación, y se Continua descendente posterior (en forma de 8) hasta la vuelta anterior, Cubriendo la mitad o dos tercios de la isla.

Función: protectora, Sujeción o compresión.

PRINCIPIOS BÁSICOS.

- Selección del **tipo** de vendaje según la finalidad
- Selección del **material** según la zona a vendar y la finalidad del vendaje
- El espesor y número de **vueltas** del vendaje serán iguales en toda su extensión
- **Indoloro y cómodo**: permite la movilidad de las partes anatómicas no afectadas
- Asegurar la **retirada** de joyas y objetos
- Se debe **almohadillar** la piel y las prominencias óseas, para evitar la abrasión por fricción o lesiones por presión
- Proteger los **espacios interdigitales** para evitar la maceración

- Colocar la zona a vendar en **posición funcional** y alineada con el cuerpo
- Realizar el vendaje de la **zona más distal a la más proximal**
- Sujetar el **cabo inicial con la mano no dominante**
- Comenzar remarcando el vendaje con dos vueltas circulares, e ir subiendo el **cuerpo de la venda con la mano dominante**
- En la mayoría de los vendajes, cada vuelta debe cubrir la **mitad o dos tercios de la anterior**
- Aplicar una **presión uniforme**, sin restringir la circulación
- Dejar **al descubierto el extremo distal** para valorar el estado neurovascular
- La vuelta ascendente será la compresiva, **NO la descendente**

CUIDADOS GENERALES.

- Movilizar las partes distales para mejorar la circulación sanguínea
- Mantener las extremidades elevadas
  - Mejora el retorno venoso y evita la aparición de edemas
- Vigilar molestia o dolor en zonas de prominencia ósea
  - Posible aparición de lesiones, se debe cambiar el vendaje aplicando mayor protección o almohadillado en la zona dolorosa
- Mantener seco el vendaje
  - Para evitar maceración
  - Si se moja, debe cambiarse
- Si había lesión traumática y la inflamación cede, se debe cambiar el vendaje

!

Controlar la aparición de signos y síntomas de afectación neurovascular.

- Palpar pulsos distales, comprobando que estén conservados, explorar la sensibilidad y movilidad, y observar la coloración.
- Signos y síntomas:
  - Cianosis (compresión venosa excesiva)
  - Palidez (compresión arterial excesiva)
  - Alteración de la sensibilidad (compresión fibras nerviosas sensitivas)
  - Alteración de la movilidad (compresión de las fibras nerviosas motoras)

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

LESIONES POR PRESION. (PIEL 4.4).

- Úlcera por presión.
- Úlcera por decúbito.
- Úlcera de decúbito.

Son los términos utilizados para describir el deterioro de la integridad cutánea relacionado con una presión prolongada no aliviada.
La terminología más actual es la de:

LESIÓN POR PRESIÓN.

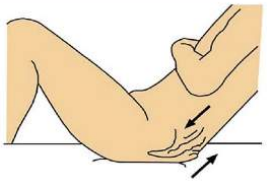
Heridas producidas por una presiónmantenida entre dos planos duros:
- interno (prominencia ósea)
- externo (soporte: silla, cama...)

provocando isquemia de los tejidos comprendidos entre ellos.

PRESIÓN PROLONGADA.
La gravedad provoca aplastamiento tisular provocando hipoxia y posteriormente necrosis.



FRICCIÓN O CIZALLA.
Fuerza de acción paralela a la piel, "roces" por movimientos o arrastre.



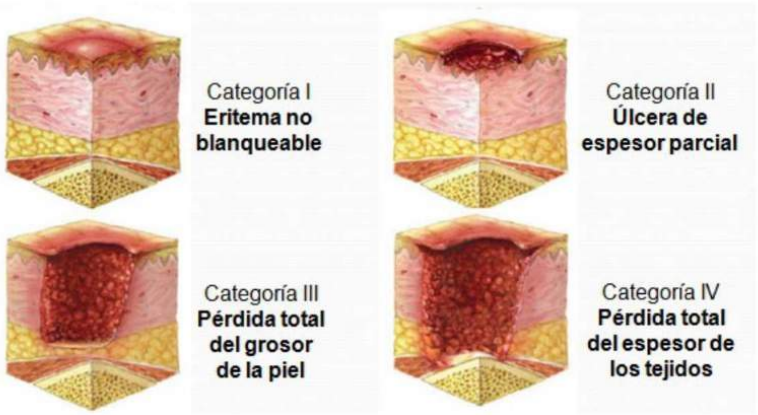
FACTORES DE RIESGO

- Inmovilidad (encamados)
- Nutrición inadecuada
- Incontinencia fecal y urinaria
- Disminución del estado mental
- Edad avanzada
- Enfermedades crónicas (diabetes, o enfermedades cardiovasculares)

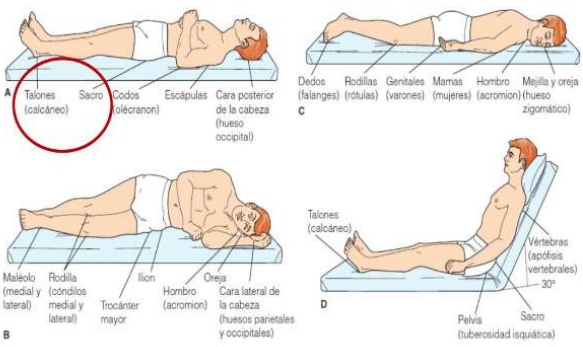
Ejemplos de pacientes que corren riesgo de desarrollar lesiones por presión se encuentran los siguientes (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019a):

- Ancianos.
- Personas que han sufrido un traumatismo.
- Personas con lesiones medulares (LM).
- Personas que han sufrido una fractura de cadera.
- Personas en residencias de estancia prolongada o en cuidados terminales.
- Personas con diabetes mellitus.
- Pacientes en entornos de cuidados intensivos.

Clasificación.



Localización.



GRADO I:
- Se trata de un eritema que no palidece.
- Generalmente sobre una prominencia ósea.
- También puede haber dolor, calor o edema en la zona.
- Piel intacta.



LPP Grado I, talón



LPP Grado I, zona sacra



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

GRADO II

- Pérdida parcial del grosor de la piel.
- Afecta a epidermis y/o dermis.
- Superficial. Generalmente, de color rosado o rojizo, aunque también pueden presentar forma de abrasión o ampolla.
- Sin esfacelos.





LPP Grado II, zona sacra

GRADO III.

- Pérdida total del espesor de la piel.
- La grasa subcutánea puede estarvisible, pero músculo y hueso no se encuentran expuestos.
- Incluye la afectación necrótica del tejido subcutáneo.
- Pueden aparecer esfacelos.
- Puede haber cavitaciones y tunelizaciones.



LPP Grado III, zona glútea



GRADO IV.

- Se produce una destruccion extensa de los tejidos.
- La necrosis llega hasta el músculo, el hueso y otras estructuras de soporte, que quedan expuestas.
- Pueden aparecer esfacelos.
- Puede haber tunelizaciones y cavitaciones.
- Con o sin pérdida espesor de la piel.

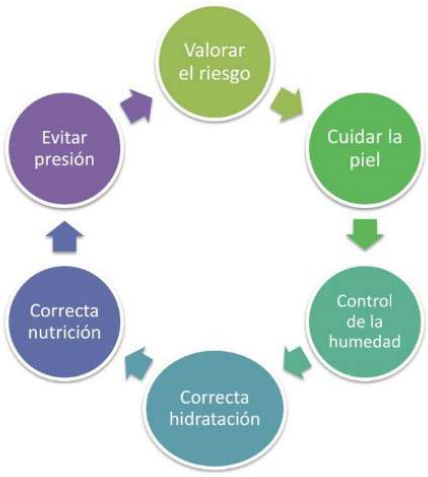


LPP Grado IV, zona sacra



LPP con esfacelos

Prevención





Una escala de valoración del riesgo de LPP es una herramienta de cribaje diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una LPP.

- Escala de Norton.
- Escala de Braden.
- Escala de Arnell.
- Escala Nova 5.
- Escala Emina.
- Escala de Waterlow.

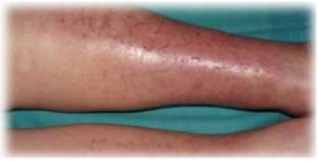
CLASIFICACIÓN DE RIESGO:
PUNTUACIÓN DE 5 A 9 ---------- RIESGO MUY ALTO
PUNTUACIÓN DE 10 A 12 ---------- RIESGO ALTO
PUNTUACIÓN 13 A 14 ---------- RIESGO MEDIO
PUNTUACIÓN MAYOR DE 14 ----- RIESGO MÍNIMO/ NO RIESGO

AGHO.



Facilitan la renovación de las células epidérmicas.
Aumentan la microcirculación sanguínea.
Para prevención de LPP y tratamiento de LPP grado I
Formas:

- En aceite.
- En leche.



CUIDAR LA PIEL

WUOLAH

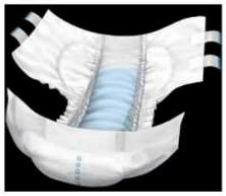
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

CONTROL DE LA HUMEDAD.

1. Sondaje vesical si es necesario
2. Colocar pañales absorbentes o colectores:

- Transpirables.
- Que la capa que está en contacto con la piel esté siempre seca, para lo que el absorbente debe tener un bajo retorno de humedad.
- Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia.
- Reeducar en lo posible los esfínteres.
- En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera.





HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN.

- Mantener una correcta hidratación (1,5-2 litros/día)
- Dieta hiperproteica e hipercalórica si es un paciente de riesgo.
- Suplementos hiperproteicos.
- Vigilar pérdidas de peso.



MANEJO DE LA PRESION.

- Plan individualizado de cambios posturales.
- Protección local.





MANEJO DE LA PRESIÓN.

- Evitar apoyos en lesiones.
- Levantar talones.
- Almohadas en zonas de prominencias óseas.
- SEMP (Superficies Especiales para el Manejo de la Presión)





Cura en ambiente húmedo.

- **T** • Tejido: control del tejido necrótico
- **I** • Infección: control de la infección y de la carga bacteriana
- **M** • Moisture (humedad): control de exudado
- **E** • Edge (bordes): cuidado de los bordes perilesionales







PLACA NECRÓTICA — ESFACELOS — FIBRINA O BIOFILM

TEJIDO NECRÓTICO

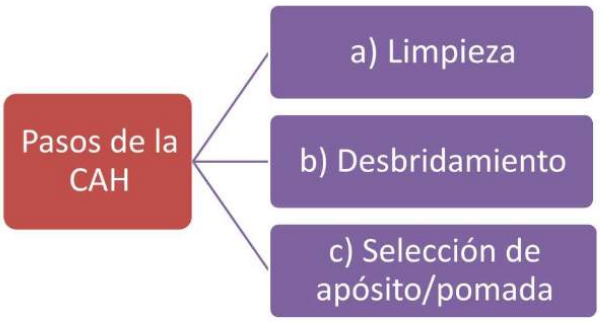




BORDES MACERADOS — BORDES SANOS

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



LIMPIEZA.

- Retirar restos orgánicos, inorgánicos y exudados de la lesión.
- Rehidratar la superficie de la herida para facilitar el medio humedo.
- Facilitar la inspección de la lesion.
- Disminuir el riesgo de infección

DESBRIDAMIENTO.



- Objetivo: retirar restos necróticos y esfacelos.
- Elimina el mal olor, favorece la restauración estructural y funcional de la piel.
- Facilita la curación, acelerando las fases de proliferación celular.
- Permite ver la existencia de posibles cúmulos de exudado o abcesos.
- Permite evaluar la profundidad de la lesión.

Tipos de desbridamientos:

- Quirúrgico: retirada total del tejido necrótico (cirujano en quirófano)
- Conservador cortante: con bisturí y técnica estéril. Se retira de forma selectiva el tejido desvitalizado de forma selectiva y en varias sesiones (enfermera)
- Autolítico: de forma natural en todas las heridas (también se puede favorecer con hidrogeles, Intrasite®)
- Enzimático: mediante la aplicación local de enzimas exógenas como la colagenasa (Iruxol Mono ®)
- Larval: larvas estériles de la mosca Lucilia Sericata criadas de propio en laboratorio
- Mecánico: técnica en desuso por ser muy traumática, en la que se utiliza la abrasión mecánica





SELECCIÓN DE APOSITO/POMADA.

Aspectos a tener en cuenta:

- Grado de la Úlcera.
- Signos y síntomas de infección.
- Presencia de biopelicula (lápiz bacteriano)
- Presencia de esfacelos y tejido necrotico (desbridamiento)
- Olor.
- Estado de la piel perilesional. Siempre proteger y tratar para evitar maceración.
- Posibles interacciones entre fármacos.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

SELECCION DE LA POMADA.

PRODUCTO	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACIÓN CON OTROS PRODUCTOS
Colagenasa	Desbridamiento y cicatrización	Según el producto con el que se asocie	**Todos los apósitos Precaución al asociar con plata**
Hidrogel	Desbridamiento y regeneración tisular	Según el producto con el que se asocie	Todos los apósitos
Sulfadiacina argéntica	Infecciones	Cada 12 – 24 horas	Apósitos NO oclusivos
Mupirocina			
Ácidos grasos hiperoxigenados	Prevención y tratamiento estadio I	Cada 8 horas	
Óxido de zinc	Protección de la piel perilesional	Coincidiendo con la higiene o la cura	
Vaselina			
Extracto de centella asiática	Estimulación del tejido de granulación	Según el producto con el que se asocie	

SELECCION DE APOSITO.

PRODUCTO	NOMBRE	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACIÓN CON OTROS PRODUCTOS
Hidrocoloide extrafino de absorción baja	Apósito hidrocoloide de absorción baja	Prevención y tratamiento en estadio I y II	Cada 48/72 horas o según saturación del apósito	Hidrogel, colagenasa, alginatos o hidrofibra si precisa
Hidrocoloide de absorción media	Apósito hidrocoloide de absorción media	Tratamiento estadio II, III y IV. Exudado moderado		
Hidrocoloide de absorción alta	Apósito hidrocoloide de absorción alta	Tratamiento estadio II, III y IV. Exudado abundante		

PRODUCTO	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACIÓN CON OTROS PRODUCTOS
Carbón activado con plata	Infección y mal olor	Cada 24 – 48 horas	Apósitos NO oclusivos Si infección no asociar con colagenasa Antibiótico local
Alginato de calcio	Infección	Cada 24 – 48 horas	Apósitos NO oclusivos y antibiótico local
	Exudado moderado-abundante	Según saturación del apósito	Todo tipo de apósitos, hidrogel y colagenasa
Hidrofibra	Infección	Cada 24 – 48 horas	Apósitos NO oclusivos y antibiótico local
	Exudado moderado-abundante	Según saturación del apósito	Todo tipo de apósitos, hidrogel y colagenasa
	Sangrado		

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

ADMINISTRACION DE MEDICACION. FARMACOCINETICA (4.5)

Fármaco: Sustancia química responsable de un efecto/acción farmacológica concreta sobre el organismo.

↓ Forma farmacéutica determinada.

Medicamento: Sustancia o preparado (uno o más fármacos, excipientes...) administrado para prevenir, diagnosticar, tratar y/o aliviar síntomas y/o enfermedades.

EFECTOS

- **Terapéutico o deseado**
- **Adverso** (secundario, tóxico, reacción idiosincrásica, reacción alérgica)
- **Interaccion medicamentosa**

ABSORCIÓN •Proceso por el que el fármaco pasa al torrente sanguíneo.

DISTRIBUCIÓN •Transporte desde su lugar de absorción hasta su lugar de acción.

METABOLISMO •Proceso por el que el fármaco se convierte en una forma menos activa.

EXCRECIÓN •Proceso de eliminación del fármaco.

FARMACODINAMICA.

Acción del fármaco sobre el organismo.

Pasos de administración de medicamento.

1. IDENTIFICAR E INFORMAR AL PACIENTE
- Comprobar siempre el nombre, apellidos y la ubicación del paciente (habitación, cama,...).

2. ADMINISTRAR EL FÁRMACO
- Comprobar **5 correctos**.
- Especial atención a fármacos de alto riesgo (insulinas, antiarrítmicos, antineoplásicos).

3. REGISTRO
- En Historia Clínica del paciente: Fármaco, dosis, vía, hora y firma de la enfermera.

4. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA
- **Y REGISTRAR**, especialmente no deseadas.

SEGURIDAD CLINICA: DEFINICION.

La seguridad clínica es la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

- Gestión de seguridad y riesgos
- Seguridad de los equipos
- Control de infecciones
- Seguridad en la práctica clínica
- Uso seguro de los medicamentos
- Seguridad en el entorno sanitario

Uso seguro de los medicamentos.

- Almacenaje y conservación
- Identificación del paciente y prescripción
- Alergias
- Protocolos de administración
- Lavado de manos y guantes
- Identificación del medicamento
- Verificación de la dosis
- Uso de guías farmacológicas
- Preparación y personal necesario
- Valoración del estado de la vía de administración
- Explicación al paciente
- Infusión segura
- Observación posterior

Los 5 correctos.

- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Vía de administración correcta
- Hora correcta
- Paciente correcto

Los 4 yo.

- **YO PREPARO**
- **YO ADMINISTRO**
- **YO REGISTRO**
- **YO RESPONDO**

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

VIAS DE ADMINISTRACIÓN.

Vias de administración.

1. ENTERAL -> oral, sublingual, rectal.
2. PARENTERAL -> intradermica, subcutánea, intramuscular y intravenosa.
3. TOPICA: dermica, transdérmica, nasal, ótica, oftalmica y vaginal.
4. OTRAS -> intraosea, inhalatoria.

1. ENTERAL

Oral.

Uso más sencillo y frecuente.
Más económica.
Absorción en mucosa gástrica e intestinal.
Inicio de acción más lento y efecto más prolongado.
NO se debe usar en pacientes inconscientes, con náuseas o dificultades de deglución.
La biodisponibilidad puede estar comprometida por el fenómeno del primer paso hepático y por algunas características (alteraciones gastrointestinales), por lo que no se pueden asegurarunos niveles estables de fármaco.

PRIMER PASO HEPÁTICO.

- Inactivacion que puede sufrir un fármaco antes de alcanzar la circulación sistémica.
- Algunos fármacos (ejemplo, ácido acetilsalicílico, propanol) son metabolizados en porciones importante debido a este primer paso por el hígado, lo que determina la disminución de su biodisponibilidad.

Sublingual.

- Rápida absorción: epitelio fino, vascularizacion.
- A través de esa vascularización accede directamente a vena cava, por lo que evita el primer paso hepático.
- Formas sublinguales (bajo la lengua) y Formas bucales (entre encías y mejilla)
- EJEMPLOS: nitroglicerina, captopril.

Rectal.

No evita el primer paso hepático.
- Ventajas:
  - Evita irritación porción superior tubo digestivo.
  - Para medicamentos con mal sabor u olor.
  - Liberación lenta pero estable.





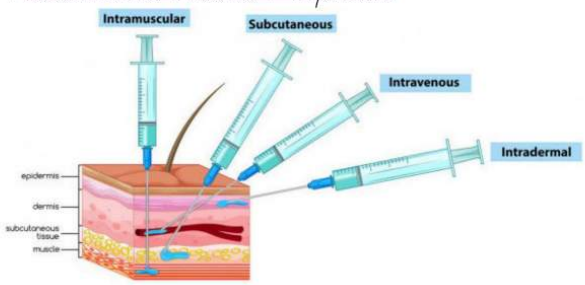
TECNICA:
1. Proporcionar la intimidad necesaria.
2. Posición Sims.
3. Exploración rectal previa con lubricación.
4. Sobrepasar el esfínter anal (10 cm en adultos, 5cm en lactantes y niños)
5. Retención de, al menos, 10 minutos

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

2. PARECTERAL.

Procedimiento invasivo -> inyección.

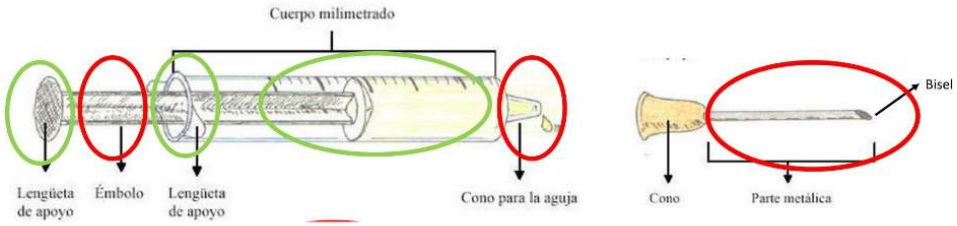


Preparación de medicación vía parenteral.



Lavado de manos

Guantes



AGUJAS.

Tres características variables a tener en cuenta:

- Calibre (G) o diámetro (cuanto mayor calibre, más fina es la aguja)
- Longitud.
- Inclinación del bisel.

Aguja	Color	Uso
0,3 x 12 mm 30G 1/2	Amarillo	Intradérmica
0,5 x 16 mm 25G 5/8	Naranja	subcutánea (Insulina, Vacunas,...)
0,6 x 25 mm 23G 1	Azul	Intramuscular Pediátrica
0,7 x 30 mm 22G 1/4	Negro	Intramuscular Niño
0,8 x 25 mm 21G 1	Verde	Intravenosa
0,8 x 40 mm 21G 1/2	Verde	Intramuscular Adulto
0,9 x 25 mm 20G 1	Amarillo	Intravenosa
0,9 x 40 mm 20G 1 1/2	Amarillo	Intramuscular Adulto
1,2 x 25mm 18G 1	Rosa	Carga

diámetro longitud

El color del cono no es universal



CARGA
18 G
25 – 40 mm

IM
20 – 21 G
40 mm

IV
20 - 21 G
25 mm

SC
25 G
16 mm

ID
27 o 30 G
12 mm

AMPOLLAS.

- Contenedor de vidrio con cuello largo y constricción en la base.
- Sistema cerrado -> se rompe el cuello -> sistema abierto.
- Se aspira el líquido desde la abertura que hemos creado.



VIALES.

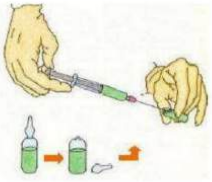
- Frasco de cristal de cuello corto con tapón de plástico duro recubierto de metal.
- Sistema cerrado.
- Para extraer el contenido: inyectar antes un volumen de aire igual al volumen de la sustancia que albergan y queremos extraer.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

La medicación puede presentarse:

- Para administrarla directamente (enforma líquida)
- Para reconstituirla o mezclarla con un disolvente (en polvo suelto o prensado). Dos recipientes:
  - uno que contiene el fármaco.
  - otro que contiene el disolvente.



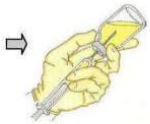
Importante:

- En caso de tener que mezclar, leer instrucciones para saber cómo se ha de realizar la mezcla, la cantidad de disolvente que se precisa, su composición, etc.



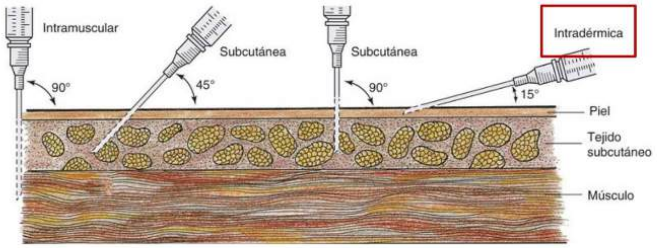
Pasos en la mezcla de la medicación:

1. Cargar el disolvente en la jeringa.
2. Introducir la cantidad de disolvente indicada en el recipiente que contiene el fármaco.
3. Homogeneizar la solucion si es necsario (en muchos casos se homogeniza espontáneamente)
4. Cargar la solución nuevamente en la jeringuilla.

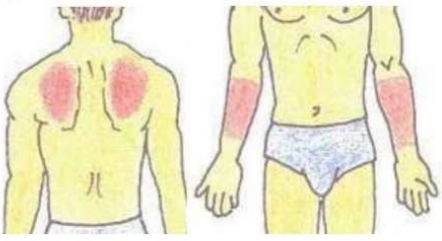


IMPORTANTE:

- Nunca agitar (espuma, cambios farmacológicos)
- Generalmente rotar el vial.



- Superficial: atraviesa solo la epidermis.
- Absorción muy lenta <- vascularización reducida.
- Volúmenes pequeños: 0,1-0,2 ml.
- Indicada en pruebas cutáneas (Ej. cribado con tuberculina y pruebas de alergia)



Lugares de inyección:

- Sin lesiones, poca pigmentación y menor pelo posible (necesidad de valorar cambios de coloración)
- Cara anterior del antebrazo, región escapular.

TÉCNICA.

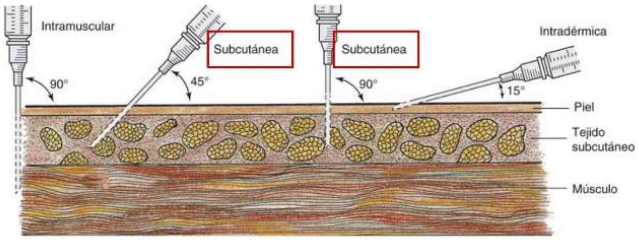
1. Seleccionar región de inyección, asegurar buen estado y colocación del paciente en posición adecuada.
2. Limpiar la zona con una gasa con antiséptico: Realizar movimiento circular (de dentro hacia afuera) en un diámetro de 5cm.
3. Introducir la aguja bajo la dermis:
   - Lentamente.
   - Con el bisel hacia arriba.
   - En un ángulo de 5°-15°.
   - 3mm.

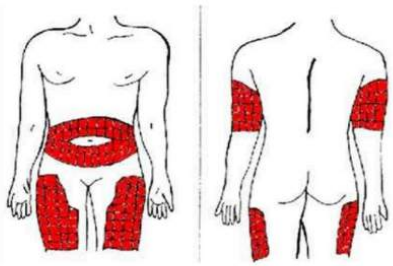


4. Inyectar lentamente la medicación.
5. Observar cómo se forma un habón o botón dérmico (si no se forma oaparece sangrado, puede haberse realizado inyección SC)
6. Retirar la aguja sin masajear ni frotar la zona y marcar zona de punción si se precisa.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



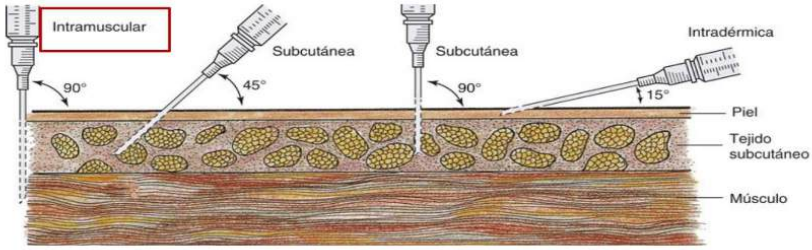


- Inyección bajo la dermis.
- Absorción más lenta que IM.
- Volúmenes 0,5-1,5 ml.
- Indicada: Administración de insulina (jeringa de insulina), heparina,...
- Lugares de inyección: Recomendable rotar.
  - Cara posteroexterna de los brazos.
  - Pared abdominal.
  - Cara anterior de los muslos.

TÉCNICA.

1. Seleccionar de lugar de inyección, asegurar buen estado y colocación del paciente en posición adecuada.
2. Limpiar la zona con una gasa con antiséptico: Realizar movimiento circular (de dentro hacia afuera) en un diámetro de 5cm.
3. Pellizcar la piel con la mano no dominante.
4. Inyectar la aguja:
   - Rápida y firmemente.
   - Con el bisel hacia arriba.
   - En ángulo de 45°-90°.
5. Inyecte lentamente la medicación (Sólo manteniendo el pellizco en caso de: Heparina, uso de plumas de inyección)
6. Retirar la aguja, aplicar presión suave y no masajear.





- Inyección en el tejido muscular.
- Absorción más rápida que SC por mayor vascularización.
- Posibilidad de inyectar hasta 3ml (en músculos bien desarrollados en adultos).
- Volúmenes mayores (4-5 ml) es poco probable que se absorban (Lilley y cols., 2020)

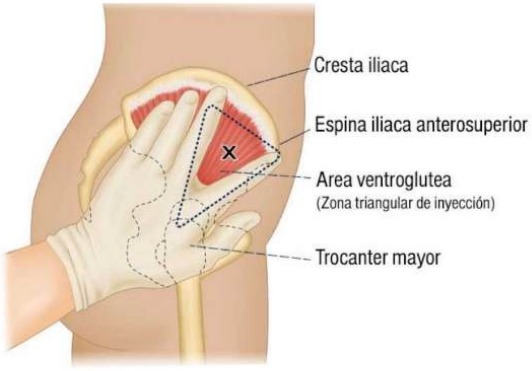
AREAS DE APLICACIÓN.

	ELECCIÓN
GLÚTEO VENTRAL	• **1ª OPCIÓN** (adultos, niños y lactantes) • Fcos **viscosos, irritantes, grandes volúmenes**
GLÚTEO DORSAL	• Adultos y niños > 3 años
VASTO LATERAL	• **1ª opción** en **vacunas** a **lactantes** y **niños** • Uso también en adultos
DELTOIDES	• Vacunas a niños o adultos • Volumen **<2ml** • No acceso a otras zonas por vendajes, yesos..

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

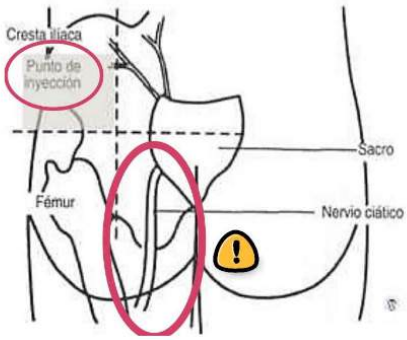
GLÚTEO VENTRAL (GLÚTEO MEDIO)



- Zona segura: alejado de principales nervios y vasos sanguíneos.
- Posición:
  - Decúbito lateral.
  - Decúbito supino.

Colocar formando una "V" <- lugar de inyección en el centro.
- Palma de la mano en el trocánter mayor.
- Dedo índice en la espina iliaca anterosuperior.
- Dedo corazón en la cresta iliaca.

GLÚTEO DORSAL (GLÚTEO MEDIO)

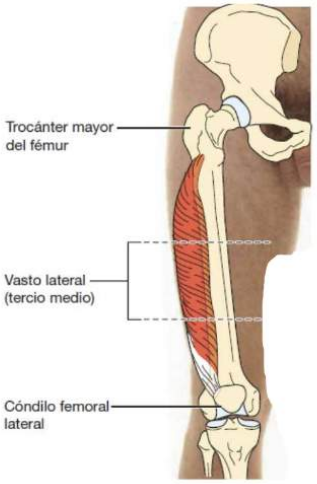


- Precauciones:
  - Nervio ciático.
  - NO usar en < 3 años.
- Posición:
  - Decúbito lateral.
  - Decúbito prono.
  - Bipestación (zona de apoyo)

Lugar de inyección: cuadrante superoexterno de la nalga.

INTRAMUSCULAR.

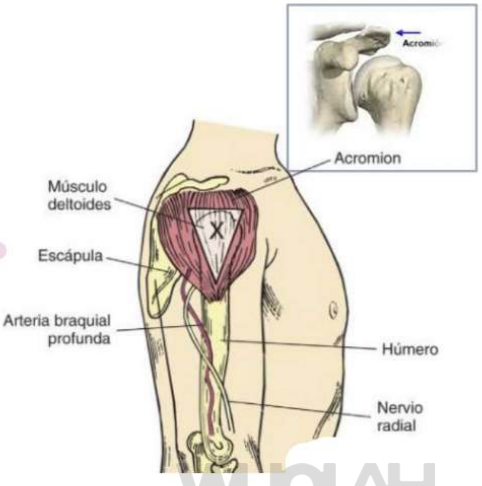
VASTO LATERAL



- Músculo grueso y generalmente bien desarrollado.
- Posición:
  - Sedestación.
  - Decúbito supino con ligera flexión de rodilla y rotación externa del pie.

Lugar de inyección: tercio medio (puede ser útil pellizcar el músculo para asegurar administración IM)

DELTOIDES.



- Precauciones:
  - Puede no estar bien desarrollado.
  - Nervios axilar, radial, braquial y cubital.
  - Arteria braquial.
- Posición:
  - Sedestación.
  - Decúbito supino.
  - Decúbito lateral, brazo extendido sobre el costado o apoyado y el codo flexionado.

Formar un triángulo <- lugar de inyección en el centro.
- Base: Borde inferior de acromion.
- Vértice: Inserción deltoides-húmero

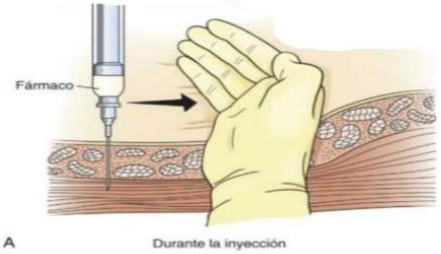
WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

TÉCNICA

1. Seleccionar área de inyección, inspeccionar estado óptimo y colocar al paciente en la posición indicada.
2. Limpiar la zona con una gasa con antiséptico:
   - Realizar movimiento circular (de dentro hacia afuera) en un diámetro de 5cm.
3. Insertar la aguja rápidamente en un ángulo de 90° (movimiento firme y seguro)
4. Aspirar tirando del émbolo 5-10 segundos (no aspirar en caso de vacunas)
5. Si no refluye sangre (1ml/10segundos): inyectar el fármaco lentamente.
6. Esperar 10 segundos antes de retirar la aguja con suavidad y firmeza.
7. Aplicar gasa ejerciendo leve presión sobre la zona, no masajear.

Vigilancia y valoración durante y después del procedimiento: dolor, mareo, reacciones adversas

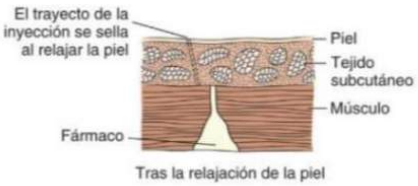


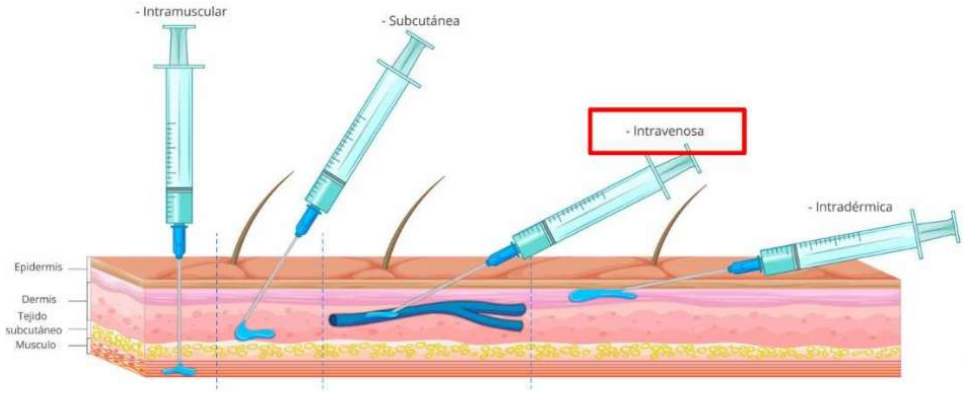
SE RECOMIENDA TÉCNICA EN Z.

- Evita fuga de medicación a tejido subcutáneo y minimiza la irritación.
- Preferiblemente músculo grande y profundo (ej. zona glútea ventral)

TECNICA:

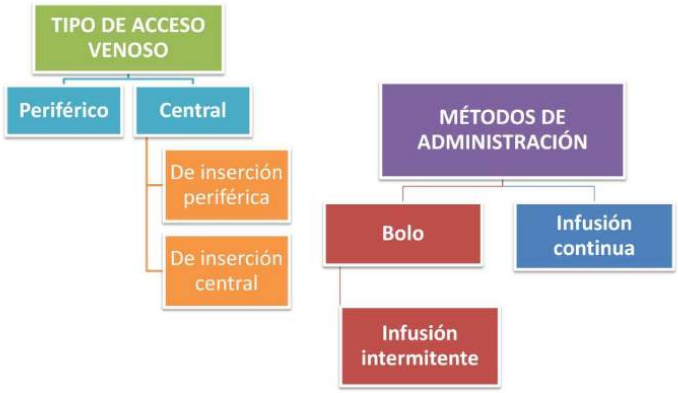
- Desplazar la piel y tejido subcutáneo 2,5-3,5 cm en sentido lateral externo.
- Puncionar manteniendo el tejido desplazado.
- Tras administración soltar el tejido desplazado y no masajear la zona.





Introducción directa en el torrente sanguíneo, a través de un acceso venoso periférico o central.





VENTAJAS	INCONVENIENTES
• Rápido inicio de acción → efectos inmediatos • Precisión en dosis/concentraciones	• Personal formado y cuidados específicos • Mayor coste económico • Procedimiento invasivo → riesgos derivados • Reacciones adversas rápidas

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



ACCESO VENOSO PERIFERICO.



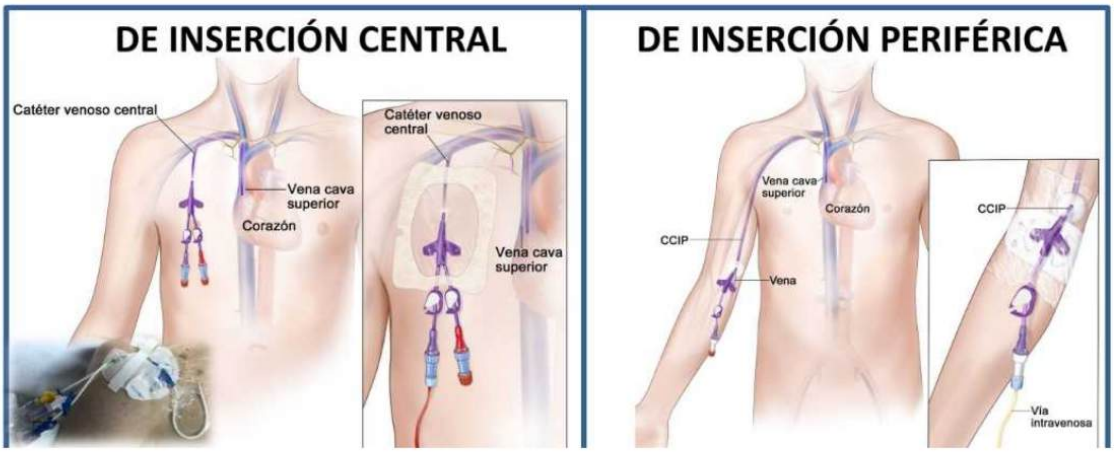


- Canalización y acceso al torrente sanguíneo a través de una vena periférica.
- Generalmente en EESS (extremidades superiores), excepcionalmente en EEII (extremidades inferiores).
- Catéteres de distintas longitudes y calibres.
- Técnica sencilla y relativamente poco cruenta -> acceso venoso rápido.

ACCESO VENOSO CENTRAL

Acceso al torrente sanguíneo en vena.

- De grueso calibre.
- Próxima al corazón.
  → Extremo distal del catéter en vena cava (acceso a AD)



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN

BOLO – INFUSIÓN INTERMITENTE	INFUSIÓN CONTINUA
Introducción directa de una dosis concentrada de un medicamento, sueroterapia u otros en la circulación sistémica, en un **momento determinado**.	**Introducción** de forma **continuada** a un **ritmo determinado** de un medicamento tras su dilución, sueroterapia u otros en la circulación sistémica.





TÉCNICA



- Mantener asepsia del acceso venoso y material de contacto en todo momento.
  - Limpieza con antiséptico (valvulas antirreflujo u otras conexiones)
  - Purgar el sistema correctamente.
- Verificar permeabilidad del acceso.
  - Conectar el sistema (si precisa)
- Administrar la medicación o iniciar infusión a la velocidad adecuada.
- Sellado con suero fisiológico del catéter (innecesario si perfusión continua simultánea)
- Cerrar acceso: Colocar tapón si precisa.

3. TOPICA.

Dermica.





- Aplicación sobre la piel.
- Efecto local -> tratamiento de trastornos cutáneos (psoriasis, eccema, infecciones de la piel, prurito...)
- Fármaco + Sustancias inactivas (dependiendo de su consistencia la formulación puede ser un ungüento o pomada, una crema, una loción, una solución, un polvo, un gel...)

Transdermica.

- Administración sobre la piel -> absorción -> acción sistémica.

Importante retirar el parche antiguo antes de colocar el nuevo.

- Ventajas"
  - Liberación continuada: Mantenimiento de los niveles plasmáticos constantes -> Acción mantenida/prolongada.
  - Indolora, sencilla y cómoda.
  - Buena aceptación y cumplimiento del tratamiento.



WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

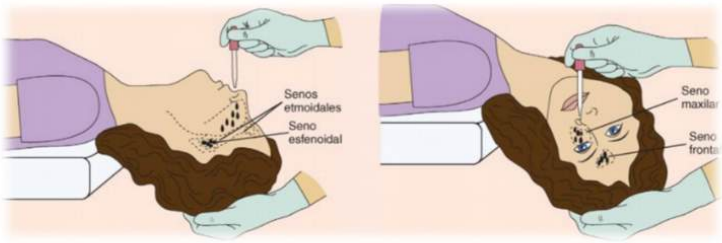
Nasal.

Administración a través de las narinas.

TÉCNICA:

1. Posición del paciente: Decúbito supino.
2. Limpieza de la zona.
3. Indicar al paciente que respire por la boca.
4. Instilación de las gotas.
5. Mantener decúbito supino 5 minutos.
6. No sonarse durante algunos minutos.

(1) Para acceder a la pared posterior de la faringe, incline la cabeza de paciente hacia atrás.
(2) Para acceder al seno etmoidal o esfenoidal, incline la cabeza hacia atrás sobre el borde de la cama o coloque una pequeña almohada bajo el hombro del paciente e incline la cabeza hacia atrás (v. fig.).
(3) Para acceder a los senos frontales y maxilares, incline la cabeza hacia atrás sobre el borde de la cama o la almohada con la cabeza girada hacia el lado que tratar (v. fig.).



Otica.

- Administración en el conducto auditivo.
- Importante: medicación a Tª corporal (riesgo de vértigos)

TECNICA:

1. Posición del paciente:
   - Decúbito lateral contrario al oído de administración.
   - Sedestación, rotación de cabeza al lado contrario del oído de adm.
2. Limpieza del pabellón auricular y parte externa del pabellón auditivo.
3. Aplicación de la medicación.
4. Presión suave o masaje sobre el trago.
5. Mantenimiento de la posición unos minutos.
6. Introducir suavemente un extremo de una bola de algodón en la parte más externa del conducto y mantener durante 15 minutos.


PASO 19d Tire de la oreja hacia arriba y hacia atrás para adultos y niños mayores de 3 años.

Oftalmica.

Administración en el saco conjuntival.

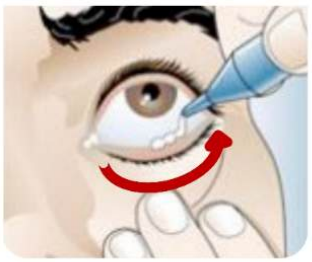
TÉCNICA:

1. Posición del paciente:
   - Decúbito supino.
   - Sedestación con cabeza hiperextendida.
2. Limpieza de la zona.
3. Sujetar la mejilla para exponer saco conjuntival.
4. Indicar al paciente que mire hacia arriba.
5. Instilación por encima del saco conjuntival.
6. Indicar parpadeo suave y presionar en el conducto nasolagrimal.



TÉCNICA en caso de pomada:

1. Desechar la primera parte de la pomada (se considera contaminada)
2. Aplicar un delgado cilindro de forma uniforme:
   - Sobre la conjuntiva, a lo largo del borde interno del párpado inferior.
   - Del ángulo interno al externo.
3. Indicar que cierre el párpado y masajear suavemente en círculos.

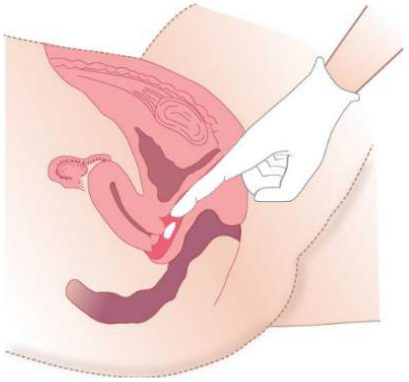


WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Vaginal.

Administración en el conducto vaginal.
Formato óvulo, crema o líquido.



TÉCNICA:

1. Posición ginecológica/litotomía.
2. Limpieza de la zona.
3. Lubricacion hidrosoluble del óvulo o aplicado y del dedo enguantado.
4. inspeccionar la zona vaginal y preguntar por molestias.
5. Introducir medicamento 5-7,5cm.
6. Recomendar mantener decúbito supino unos minutos.

4. OTRAS:

INTRAOSEA



- Acceso vascular de urgencia en pacientes críticos.
- Punción en cabeza del húmero, tibia proximal (tuberosidad anterior),...



INHALATORIA

- Administración por vía respiratoria para su absorción a través de ella.



Cartucho presurizado



Dispositivo de polvo seco



Cámaras de inhalación



Nebulizadores

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

RECOGIDA DE MUESTRAS (4.6)

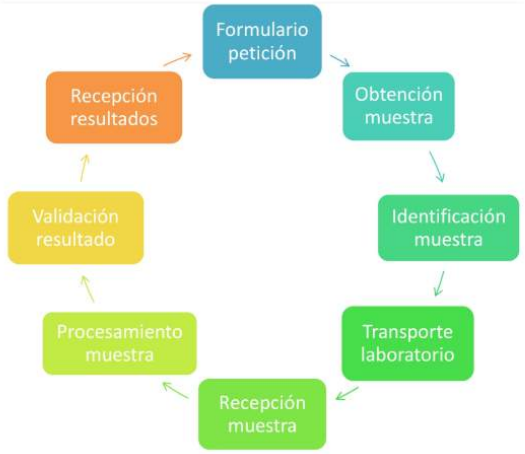
La obtención de muestras sirve para obtener información sobre el estado de salud:

- Establecer un diagnostico.
- Valorar efectividad tratamiento.
- Evaluar la evolución y/o pronóstico. (Ej. hemoglobina glicosilada en diabetes mellitus)
- Cribado poblacional (EJ. Sangre en heces)

TIPOS DE VALORACIONES.

- BIOQUIMICA: determinaciones biomoleculares (Colesterol, glucosa, urea, vit B12)
- HEMATOLÓGICA: estudio de células Sanguíneas y coagulación.
- INMUNOLOGIA: estudio de anticuerpos.
- MICROBIOLÓGICA: presencia de microorganismos patogenos.
- PARASITOLÓGICA: presencia de parásitos.
- TOXICOLÓGICO: presencia de sustancias tóxicas.

PROCESO DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS.



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA MUESTRA.

Muestra + petición debidamente cumplimentada.

- Nombre y apellidos del paciente.
- Fecha de nacimiento.
- Número único de historia clínica.
- Médico peticionario.
- Diagnóstico o sospecha diagnóstica (cuando proceda).
- Pruebas de laboratorio que se solicitan.

Solicitud incompleta:

- Retraso en los resultados.
- Posible nueva extracción (si dudas sobre la identidad del paciente o de la muestra)

1. La muestra debe quedar perfectamente identificada en el momento de la extracción, con la misma etiqueta de código de barras de la solicitud correspondiente a ese paciente o, en su defecto, el nombre, dos apellidos, número de historia clínica y ubicación del paciente en el caso de que se trate de un paciente hospitalizado.

2. En el momento de la toma de la muestra, es necesario cerciorarse, sin lugar a dudas, de que el paciente al que se va a realizar la extracción es el mismo paciente cuyos datos figuran en la solicitud. La confusión en los nombres o el intercambio de peticiones o muestras entre dos pacientes puede tener consecuencias muy serias en su diagnóstico y/o tratamiento.

3. Una vez que se ha recogido la muestra, ésta será enviada lo más rápidamente posible al laboratorio pertinente dentro de los recipientes o contenedores que precise.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

FACTORES CONDICIONANTES DE UNA MUESTRA

Factores no modificables → Sexo, edad, raza, embarazo,...

Factores modificables.

Dieta y ayuno:
- Ingesta → variaciones bioquímicas y hematológicas (glucosa, triglicéridos, recuento leucocitario,...) → Recomendado ayuno 8-12 horas.
- Desnutrición y ayuno prolongado (úrea, ác úrico, creatinina,...)

Medicación:
- Interferencia en magnitudes biológicas.

EJ. AINES → elevación enzimas hepáticas.

Ejercicio físico:
- Cambios hormonales, variaciones en distribución del volumen entre compartimentos, pérdida de volumen por sudoración (úrea, ác úrico, glucosa, bilirrubina, recuento leucocitario,...)

Otras Interferencias:
- Ingesta alcohol.
- El habito de fumar (aumento globulos rojos, aumento 10% la glucosa...)
- Incorrecta recogida de la muestra.
- Ambiente de conservación de la muestra Incorrecta.

MUESTRA DE SANGRE VENOSA.

NO EXTRACCIÓN en extremidad en que se esté llevando a cabo INFUSIÓN de sueroterapia o TRANSFUSIÓN sanguínea/de hemoderivados.

COLOCACIÓN DEL PACIENTE.

Posición confortable → BRAZO extendido, línea recta hombro-muñeca.
- Decúbito supino: apoyo si precisa bajo el brazo para la extracción.
- Sedestación: apoyabrazos inclinado.

TORNIQUETE

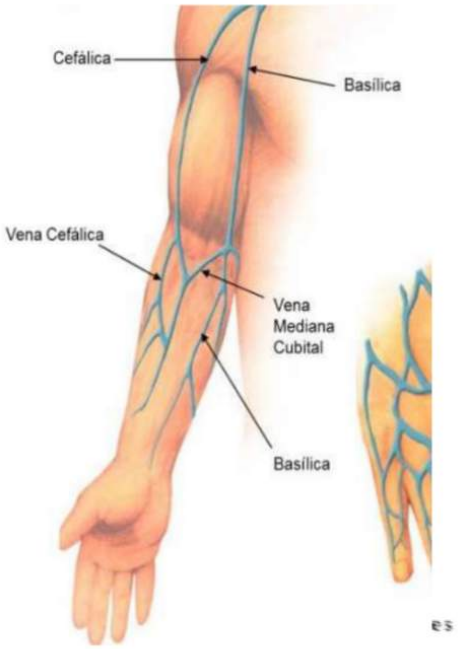
Banda elástica
- 10-15cm proximal punto venopunción.
- Compresión → oclusión retorno venoso máximo 1 minuto (retirar y colocar 3min después)

¡OJO!
-compromiso circulatorio.
-alteración valores muestra.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

LUGAR DE VENOPUNCIÓN.



Tres principales:

- Vena cefálica.
- Vena basílica.
- Vena cubital mediana: conecta las venas basílica y cefálica en la fosa ante cubital.

EXTRACCIÓN DE SANGRE.

Acceso vascular venoso periférico con el objetivo de extraer sangre venosa para su posterior examen.

Previamente:

- Determinar si deben cumplirse condiciones especiales para la recogida de la muestra (Ej. Ayuno) y asegurar cumplimiento.
- Valorar riesgos específicos asociados (Ej. Toma de anticoagulantes, trastornos hemorrágicos,...) revisando HCE y tto habitual.

1. Preparación del material (tubos según petición)
2. Lavado de manos y colocación de guantes.
3. Identificar e informar al paciente.
4. Elección de la zona, excluir áreas contraindicadas (Ej. Infusión IV, hematomas,...)
5. Colocación del torniquete/compresor (10-15cm proximal a la zona a puncionar)
6. Inspeccionar y seleccionar la vena a puncionar: valorar firmeza y "rebota" a la palpación.
7. Limpiar la zona con una gasa con antiséptico (clohexidina, alcohol 70º): Realizar movimiento circular (de dentro hacia afuera) en un diámetro de 5cm.
8. Avisar al paciente de que se le va a pinchar.
9. Traccionar la piel distalmente al lugar de punción para garantizar firmeza,
10. Realizar punción lentamente, con inclinación 15-30º y el bisel hacia arriba, hasta sentir que la aguja penetra en la vena u observar reflujo de sangre.
11. Retirar el compresor tras confirmar acceso venoso.
12. Sujetar el dispositivo de punción con firmeza y realizar la extracción.
13. Retirar el dispositivo de punción con cuidado y rapidez presionando una vez extraído con gasa estéril en el lugar de punción.
14. Informar al paciente: Comprimir 30"-3' o hasta que ceda el sangrado.
15. Desechar correctamente el material y etiquetar las muestras con código de barras, introducir en bolsa/recipiente adecuado de transporte y enviar a laboratorio.
16. Registrar en la historia clínica.

CON JERINGA Y AGUJA

VS

CON SISTEMA DE VACIO (campana o vacutainer®)

- En **1.** conectar la jeringa a la aguja
- Tras **13.** introducir la **sangre de la jeringa en los tubos**: puncionar membrana, inyectar sin ejercer presión (vacío) en dirección a la pared lateral del tubo.



- En **12.**, extracción, **conectar tubos al portatubos**.



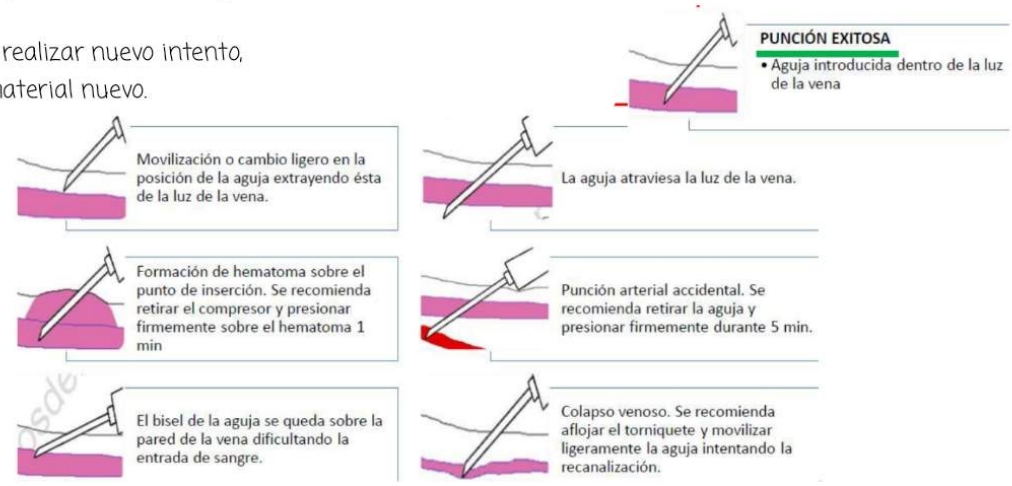
WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

PROBLEMAS DURANTE LA VENO PUNCIÓN

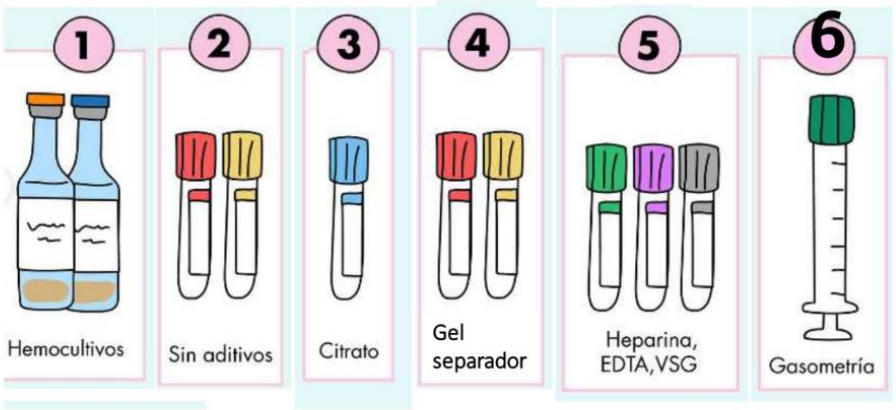
En caso de NO LOGRAR acceso venoso:

- Retirar el dispositivo de punción con cuidado y rapidez, presionando una vez extraído con gasa estéril en el lugar de punción.
- Desechar dispositivo de punción y realizar nuevo intento, repitiendo el procedimiento, con material nuevo.



TUBOS.

SIN ADITIVO (o con gel separador**)** 	• Bioquímica, serología, metabolismo Fe,… • **No agitar/invertir** para prevenir hemólisis • Tª ambiente • Análisis <4h post-extracción
CITRATO trisódico (anticoagulante**)** 	• Datos de coagulación • **Agitación/inversión** suave ±10 veces (mezclar sangre y anticoagulante) • Análisis <4h post-extracción
EDTA (ác etilendiaminotetraacético, anticoagulante**)** 	• Hematimetría/hemograma • **Agitación/inversión** suave ±10 veces (mezclar sangre y anticoagulante) • Análisis <4h post-extracción



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

HEMÓLISIS → Liberación de hemoglobina en el plasma por destrucción de glóbulos rojos, dando lugar a valores erróneos en los resultados.

CAUSAS:
- Torniquete tiempo excesivo previo a la punción.
- Extracción sanguínea excesivamente lenta (coagulación parcial de sangre en jeringa o tubo de recogida)
- Antiséptico (el alcohol/clorhexidina debe dejarse evaporar)
- Mezclado excesivo (agitación)
- Inadecuado transporte de la muestra.

MUESTRA DE SANGRE VENOSA: Hemocultivos

Detección de infecciones por bacterias u hongos en sangre: Identificación de los microorganismos y selección del tratamiento adecuado.

Obtención de forma aséptica de una o varias muestras + introducción en un medio de crecimiento adecuado.
Si la técnica no se realiza de manera aséptica, supone confundir o arruinar el diagnóstico y un incremento de la estancia hospitalaria de 4 a 5 días.

- Preparación:

-Anotar el orden de la extracción en los frascos, no encima del código de barras.
-Limpiar 15" la membrana de acceso a los frascos según protocolo del centro.
- Lavado de manos y colocación de guantes: se recomienda el uso de guantes estériles en el momento de la extracción
- Extracción de sangre: 8-10ml por frasco.
- Mezclar suavemente después de la inoculación de sangre en los frascos.
- Registro en la historia clínica: Documentar si el paciente está en tratamiento antibiótico y la temperatura actual del paciente.

ORDEN DE LLENADO DE FRASCOS DE HEMOCULTIVOS
- Con palomilla: 1ª llenamos el frasco aerobio y 2ª el frasco anaerobio.
- Con aguja y jeringa AL REVÉS: 1º anaerobio y 2º aerobio.

PRECAUCIONES:
- La correcta extracción es PRIMORDIAL, una técnica defectuosa puede suponer contaminación de la muestra.
- Realizarla extracción de hemocultivos antes de iniciar el tratamiento antibiótico y preferentemente cuando el paciente presente un pico febril (>38ºC)
- Se podrá extraer la muestra de un catéter central extremando las medidas de asepsia.
- Siempre que sea posible utilizar una vena distinta para cada extracción.
- Los frascos nunca deben refrigerarse ni congelarse, mantener a temperatura ambiente.
- Se deben analizar lo más rápido posible y si no deben mantenerse entre 35-38ºC.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL

GASOMETRIA ARTERIAL

VALORES NORMALES

pH	7.35-7.45
PaO2	80-100 mmHg
PaCO2	35-45 mmHg
SatO2	95-100%
HCO3-	22-26 mEq/litro

GASOMETRÍA ARTERIAL

Técnica que consiste en canalizar una arteria y extraer sangre arterial para medir los gases (O2 y CO2) que hay en la sangre, su pH y otros valores.

ARTERIAS PARA GASOMETRÍA ARTERIAL

1º Radial.
2º Humeral.
3º Femoral.

La arteria de elección es la arteria radial.

El segundo punto más frecuente es la arteria humeral (también llamada braquial)

La arteria femoral se usa principalmente en pacientes gravemente enfermos. Sin embargo, se deberá evitar siempre que sea posible debido a un mayor riesgo de complicaciones (hematomas, hemorragias...)



TEST DE ALLEN.

Valoración de la circulación colateral a fin de proteger la mano de una posible isquemia en caso de complicaciones.

1. Compresión simultánea de arterias radial y cubital, solicitando al paciente que abra y cierre el puño rápidamente durante 10-15 veces.
2. Al abrir la mano aparecerá palidez de palma y dedos.
3. Se libera la compresión cubital (manteniendo la compresión radial)
4. ¿Reestablecimiento en 15" de la circulación y coloración normal de la mano?

- SI: test negativo: se puede puncionar la arteria radial porque la cubital proporciona buena circulación colateral.
- NO: test positivo: NO SE DEBE PUNCIONAR LA ARTERIA RADIAL, eligiendo otra arteria puesto que la cubital no tiene buena circulación colateral.



EXTRACCIÓN DE SANGRE ARTERIAL - Material

JERINGAS DE GASOMETRÍA ARTERIAL

- Las jeringas para gasometría se utilizan para la extracción de sangre arterial.
- Ya preparadas con una cantidad exacta de heparina, para prevenir la coagulación de la muestra.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

EXTRACCIÓN DE SANGRE ARTERIAL - Procedimiento

1. Valorar el uso de anestésico local → 0,2 ml SC (disminuye el dolor y la hiperventilación asociada)
2. Aplicar antiséptico de elección en la zona, realizando círculos de dentro a fuera, y dejar secar antes de puncionar.
3. Con el dedo índice de la mano no dominante se palpa el pulso arterial, localizando así la arteria a puncionar (1ªradial > 2ªhumeral > 3ª femoral)
4. Con la mano dominante introducirla aguja y jeringa lentamente en la piel, con el bisel hacia arriba.
5. Observar constantemente el cono de la aguja: Cuando la aguja penetra en la arteria, la sangre fluye de manera pulsátil a la jeringa. Mantener la aguja inmóvil en este punto hasta conseguir la muestra necesaria.
6. En caso de no localización o pérdida de la arteria, extraer la aguja hasta justo por debajo de la piel cambiando el ángulo de penetración. Nunca variar de ángulo en capas profundas, podemos lesionar vasos y nervios.
7. Retirar aguja y jeringa y presionar con gasas estériles la zona de punción durante:
   - 5 min si punción de la arteria radial.
   - 7-10 min si punción de la arteria braquial.
   - 10 min si punción de la arteria femoral.

- ARTERIA RADIAL: 45°.
- ARTERIA HUMERAL: 60°.
- ARTERIA FEMORAL: 90°.

8. En pacientes con alteraciones en la coagulación aumentar el tiempo de compresión al doble. No efectuar compresión de manera circular, para evitar efecto torniquete.
9. Dejar un apósito estéril sobre el lugar de punción.

Si se quiere obtener gasometría basal, se retirará el aporte de oxígeno 20 minutos antes de la obtención de la muestra.

MUESTRA DE ORINA.

UROCULTIVO (Conservante) 	• **Cultivo:** Bacterias u hongos → Infección del Tracto Urinario (ITU)
ORINA BASAL (Tubo seco) 	• **Sistemático, anormales, sedimento:** Células en orina (Ej. Hematíes, leucocitos) • **Bioquímica:** Sustancias (Ej. Glucosa, tóxicos). Test gestación.
ORINA DE 24H (Contenedor 24h) 	• **Cuantificación** 24h • **Metabolitos**

OBTENCIÓN DE MUESTRA DE ORINA.

- Se recogerá la primera orina del día preferiblemente.
- Si la muestra de orina no va a entregarse inmediatamente al laboratorio debe conservarse refrigerada.
- Se debe realizar una limpieza la zona perineal/genital con agua y jabón (Reduce el riesgo de contaminación de la muestra y resultado erróneo)
- Se recogerá la orina a mitad de la micción.



WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

1. Micción espontánea:

- Lavado de manos.
- Lavado de zona perineal y genital.
- Desechar la primera parte de la micción.
- Sin interrumpir la micción, colocar el frasco estéril y recoger la cantidad necesaria.
- Cerrar inmediatamente sin tocar el interior para evitar contaminaciones.
- Lavado de manos.
- Identificación de la muestra por quien lo recoge.



2. Sondaje evacuatorio:

- Paciente incontinente o se desea muestra directamente de la vejiga.
- Sondaje vesical de manera puntual, exclusivamente para recogida de muestra.
- TECNICA ESTÉRIL!!!!.



3. Sondaje permanente:

- Pinzar la sonda 30-60 min (TÉCNICA ESTÉRIL!!!):
  - Bolsa colectora con zona siliconada de puncion: desinfectar, puncionar y extraer muestra.
  - Sin bolsa colectora o bolsa sin zona siliconada de puncion: desconectar sonda, desecharnprimeros mililitros y recoger muestra.



MUESTRA DE ESPUTO

Esputo o flema, es la secreción producida en los pulmones, bronquios, tráquea, laringe, faringe y zona posterior de la boca y que se expulsa con la tos y expectoración.

El esputo por ser producto o secreción corporal sirve para determinar el estado del aparato respiratorio y, por lo tanto, su examen al microscopio es habitual en los estudios complementarios de las personas con síntomas de enfermedad respiratoria.

OBTENCIÓN DE MUESTRA:

1. Espontánea.
2. Inducido.
3. Por aspiración.

OBTENCIÓN DE MUESTRA



- Se recoge preferiblemente la primera expectoración del día y, si es posible, en ayunas.
- Es conveniente enjuagar previamente la boca con agua destilada estéril o agua potable.
- Expectorar directamente en el frasco:
  - Para que la muestra sea válida, debe tratarse de expectoración (expectoración profunda), y no sólo de saliva.

1. Espontáneo →

2. Inducido →





Se puede **inducir la expectoración en adultos administrando aerosoles durante 10-15 minutos** (Ej. Suero Fisiológico).

Se utilizará un **frasco de boca ancha, estéril** y transparente, con tapón de rosca.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

3. Por aspiración

BAS (Broncoaspirado Alveolar): Obtención de secreciones bronquiales a través del **canal de aspiración mediante un fibroscopio**

Técnica estéril (medidas de asepsia)

¡Correcta identificación!





OBTENCIÓN DE MUESTRA - Precauciones

- Si se recogen muestras seriadas, indicar orden y fecha de cada muestra.
- No tocar los frascos por la parte interior.
- Mínimo 3-5 ml de muestra.
- Conservación: en nevera.
- Ventilación de la habitación si sospecha de proceso infeccioso (tuberculosis)
- Correcta identificación.

TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR							
TIPO DE INFECCION	MUESTRA	MATERIAL	Imagen	CONSIDERACIONES PREVIAS	OBTENCION MUESTRA	CONSERVACION Y TRANSPORTE	OBSERVACIONES
NEUMONIA	ESPUTO	FRASCO ESTERIL		Expectoración profunda. NO saliva (la saliva no se procesará) Enjaguar la boca con agua o solución salina estéril. No emplear antisépticos	Tras golpe de tos profundo, preferentemente a primera hora de la mañana, recoger las secreciones purulentas.	Enviar rápidamente a Microbiología. Si se demora el transporte, conservar entre 2-8ºC (máx 24 h)	
SOSPECHA DE TUBERCULOSIS						Se recogerán tres muestras en días sucesivos.	Para el estudio de micobacterias recoger muestra en ayunas, a primera hora de la mañana.

www.us.es

MUESTRA DE HECES.

Hisopo con **medio** de transporte específico (Cary-Blair) 	• Coprocultivo - bacterias (Salmonela, Shigellla, Yersini, Aeromonas, Campylobacter)
Medio de transporte para parásito **estéril** 	• Parásitos, virus, sangre, fármacos

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

OBTENCIÓN DE MUESTRA.

MATERIAL:

- Cuña: Limpia, no es necesario que sea estéril.
- Recipiente para muestra.

1. Limpieza con antiséptico y secado del recipiente dónde el paciente realizará la deposición (Ej. cuña)
2. Correcta higiene de la zona perineal.
3. Una vez que el paciente ha defecado: Recogida de la muestra con la cucharilla del bote e introducción en el mismo (evitar que la cucharilla toque otras superficies ya que puede contaminarse)

*Si el paciente es incontinente, se cogerá la muestra del pañal y se indicará en la petición.

OBTENCIÓN DE MUESTRA Precauciones.

- Idealmente deberá tomarse:
  - En la fase aguda de la enfermedad.
  - De heces recién emitidas.
  - De la zona con moco, sangre o pus, si los hubiere.
- Evitar el contacto con agua u orina.
- El tamaño debe ser de unos 10g o 5-10ml.
- Conservación en nevera un tiempo máximo de 18-24 h.
- No se debe utilizar papel higiénico en la recogida de la muestra, contiene sales de bario que inhiben algunas bacterias.



PARA LA DETERMINACIÓN DE PARÁSITOS

Un análisis negativo **no descarta** una parasitosis

⬇

Se analizarán un mínimo de **3 muestras**

Se utilizará un envase **distinto para cada toma**

Se dejarán transcurrir **2-3 días** entre la recogida de **una a otra toma** (anotar la fecha de recogida en cada envase así como nombre y apellidos del paciente)



www.usj.es

MUESTRA DE EXUDADO DE HERIDAS.





MATERIAL



WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

OBTENCIÓN DE MUESTRA.







1. Efectuar limpieza previa de la zona con gasa estéril + solución salina fisiológica o agua destilada.
2. Recoger la secreción con jeringa preferiblemente de zonas profundas y aguja, aspirando.

*Cuando la muestra sea insuficiente, inyectar solución salina y aspirar nuevamente con la jeringa.

3. Transferir la muestra a los recipientes correspondientes y/o tapar la jeringa de la muestra con un tapón estéril.

Todo el procedimiento se llevará a cabo con técnica estéril.
Menos adecuada es la toma de muestra con hisopo.

MUESTRA PARA DETECCIÓN DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.



Obtención de células epiteliales infectadas por el virus.

Para la toma de muestras del tracto respiratoriosuperior se debe utilizar el EPI pertinente segúnproceda:

- Bata.
- Mascarilla quirúrgica/FFP2.
- Guantes.
- Protección ocular.

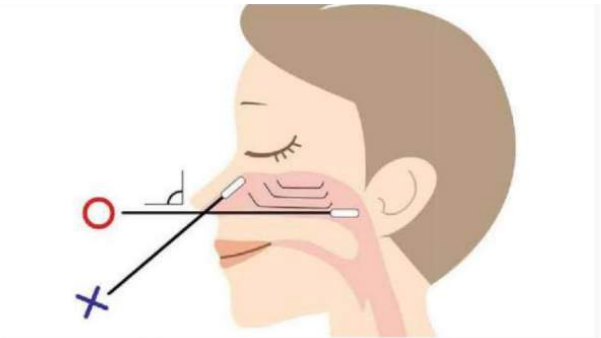
OBTENCIÓN DE MUESTRA - Frotis nasofaríngeo

La toma de muestra se realizará con hisopo fino y flexible, de dacrón o poliéster, del kit específico para toma de muestras respiratorias de virus
(No debe recogerse con hisopos de algodón ni con mango de madera)

1. Insertar el hisopo por una fosa nasal paralelo al paladar hasta alcanzar la rinofaringe.
2. Rotar el hisopo durante 10-15 segundos en ese punto y retirar lentamente mientras se rota
3. Repetir el procedimiento accediendo por la otra fosa nasal
4. Introducir el hisopo inmediatamente en tubos estériles con medio de transporte viral.

*La muestra ha de conservarse en nevera hasta su envío al laboratorio





O correcto ; X incorrecto

Enferm Clin. 2021;31 Supl 1:S40-S48

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

OBTENCIÓN DE MUESTRA - Frotis orofaríngeo.

La toma de muestra se realizará con hisopo grueso y rígido del kit específico para toma de muestras respiratorias.
Utilizar un depresor lingual para sostener la lengua del paciente e introducir el hisopo hasta la orofaringe (pared posterior de la boca), frotar en ese punto.



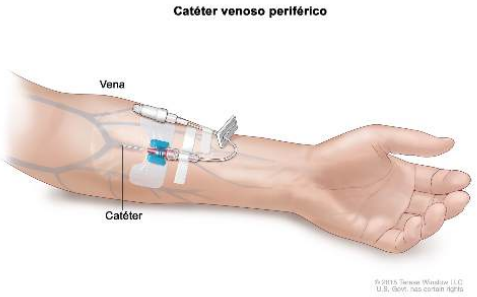
1.Retirar e introducir inmediatamente en tubos estériles con medio de transporte.
*La muestra ha de conservarse en nevera hasta su envío al laboratorio.
Si se toma muestra nasofaríngea y orofaríngea al mismo paciente se pueden introducir ambos hisopos en el mismo tubo de transporte.

WUOLAH

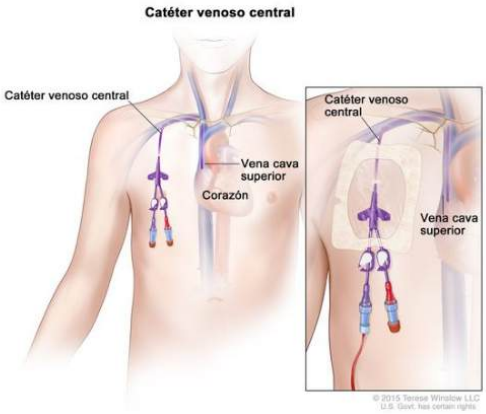
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

ACCESO VENOSO (4.7)

Acceso al torrente sanguíneo a través del abordaje de una vena con un catéter que nos permitirá administrar líquidos (fármacos, hemoderivados, NPT...) y extraer sangre venosa.



PERIFÉRICO	CENTRAL
Técnica menos cruenta	Técnica cruenta
No estéril, sí aséptica	Técnica estéril
Enfermería	Facultativos (centrales y subcutáneos) Enfermería (PICC/CCIP)
Complicaciones potenciales menos "peligrosas"	Complicaciones potenciales más "peligrosas" para el paciente
Catéter en vena periférica (extremidades principalmente)	Catéter hasta vena cava superior o vena cava inferior



ACCESO VENOSO PERIFÉRICO

Canalización de una vena periférica del paciente con fines diagnósticos o terapéuticos.
Se puede administrar líquidos y medicamentos a través del catéter.







Está indicado para administrar:

- Fluidoterapia (FDT).
- Fármacos.
- Sangre y derivados hemáticos.
- Nutrición parenteral periférica (NPP).

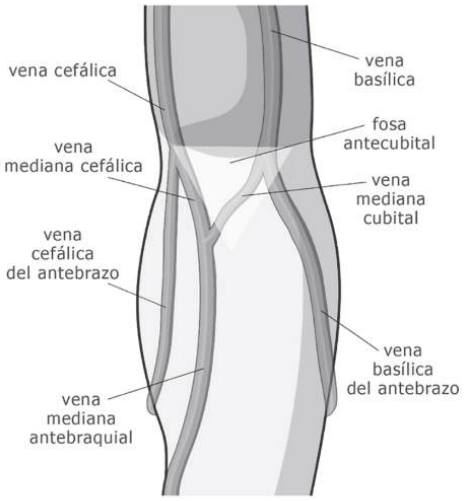
Criterios de selección.

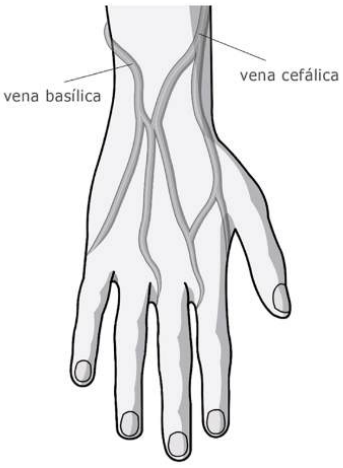


1ª Opción BRAZO	2ª Opción PIE	3ª Opción PIERNA (safena interna)

- Edad, nivel de conciencia y colaboración del paciente.
- Tipo de tratamiento endovenoso:
  - Tratamiento fleboirritante (pH 5-9 y osmolaridad <500 mOsm)
  - Flujo (ml/min)
- Duración del tratamiento:
  - Menor de 6 horas: dorso de la mano.
  - Mayor de 6 horas: preferiblemente en antebrazo.
- Características de la vena:
  - La vena debe ser firme, elástica, congestionada y recta. Preferiblemente PALPABLE (antes que visible)

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.







Dorso de la mano

Antebrazo

Intentar evitar flexuras (muñeca y codo)

Siempre que sea posible, extremidad no dominante

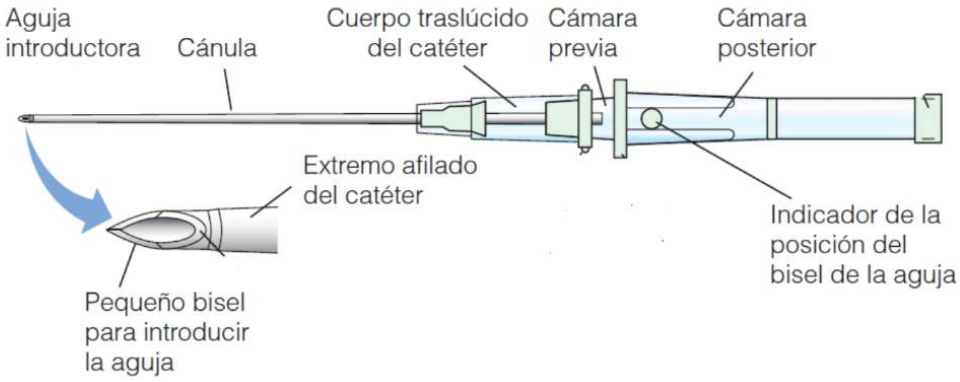
DÓNDE NO DEBEMOS PINCHAR.

- Zonas de cicatrización (heridas, quemaduras).
- Miembros plejicos.
- Miembros con fístula A-V.
- Zonas con infecciones anteriores (Flebitis)
- Mastectomías (No insertar en el brazo homolateral)
- Tatuajes?? - Escasa evidencia.

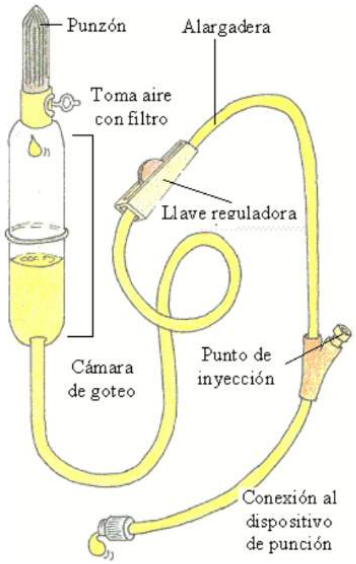
Selección del catéter.

- Calibre medido en G (gauges): inversamente proporcional al diámetro.
- Correlación con el tamaño de la vena.
- Correlación con el volumen a inyectar.
- Adultos: 18/20G. Niños: 22/24 G.

Material.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



El sistema de perfusión es el dispositivo que conecta el frasco que contiene la solución a perfundir con el catéter.



TECNICA:

1. Elegir y valorar la vía de acceso.
2. Preparar el material.
3. Identificar e informar al paciente, obteniendo su consentimiento/colaboración, y preservar su intimidad.
4. Colocar al paciente en posición segura y cómoda.
5. Realizar lavado clínico de manos y colocación de guantes.
6. Colocar empapador debajo del brazo, dejar a nuestro alcance el catéter fuera de su envase y gasas.
7. Colocar el compresor 10-15cm proximal a la zona de punción elegida (Recordar: no mantener más de 1')
8. Localizar la vena a canalizar. Para favorecer el llenado venoso:
   - Masajear la zona a puncionar.
   - Extremidad en declive.
   - Abrir y cerrar el puño.
9. Limpiar la zona de punción con antiséptico (en círculos, interior -> exterior) un diámetro de 5cm y esperar tiempo de secado según antiséptico.
10. Coger el cateter con la mano dominante y retirar el protector.
11. Traccionar la piel distalmente al lugar de punción para garantizar firmeza.
12. Puncionar en ángulo de 15-30° con el bisel hacia arriba.
13. Tras comprobar reflujo de sangre introducir el catéter poco a poco, a medida que retiramos el fiador-guía
14. Estabilizar el catéter con la mano no dominante, presionando la vena sobre el extremo distal del catéter (evitaremos la salida de sangre).

Retirar el compresor y extraer por completo la aguja del interior del catéter finalizando la canalización.

15. Comprobar permeabilidad (conectar el equipo).
16. Fijar el catéter mediante apósito transparente dejando el punto de punción visible para su posterior control
17. Desechar el material fungible y punzante.
18. Quitarse los guantes y lavarse las manos.
19. Registrar la técnica (día, hora, lugar de inserción y calibre del catéter)

En caso de NO LOGRAR acceso venoso:

- Retirar el catéter+aguja con cuidado y rapidez, presionando una vez extraído con gasa estéril en el lugar de punción.
- Desechar dicho catéter+aguja y realizar nuevo intento, repitiendo el procedimiento, con material nuevo.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Complicaciones.



Infección

Se produce celulitis por inflamación

Infección generalmente bacteriana



Obstrucción

Trombosis con oclusión parcial o total de un vaso sanguíneo



Flebitis

Inflamación de la vena

Tétrada inflamatoria:
Calor/Rubor
Tumor/Dolor



Hematoma

Extravasación sanguínea

Perforación de la vena



Extravasación

Infiltración subcutánea

Espacio intersticial

Linfedema: retención de liquidos en 1 sola extremidad.

Cuidados via Periferica.

- VIGILAR PUNTO DE PUNCION:
  - Valorar lesiones por presión.
  - Vigilar síntomas de infección o flebitis: eritema, rubor,calor, supuración, induración palpable.
  - Cambiar el apósito y curar el punto de inserción cada 7días y siempre que sea necesario.
- MANTENIMIENTO DEL CATÉTER:
  - Lavar el catéter con SF cada 24 horas si no se usa y cada vez que se utilice.

Retirada del Catéter.

El catéter se retirará cuando:

- No se precisa.
- Si signos de flebitis o infección.
- Si existe obstrucción imposible de resolver.

¿COMO SE RETIRA?

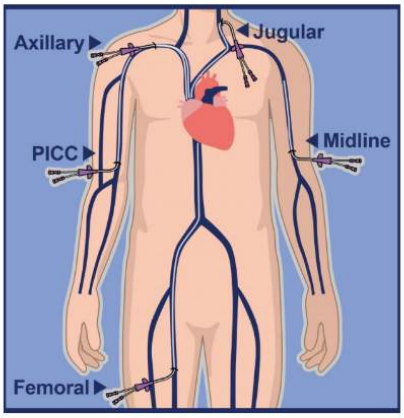
1. Lavado de manos y colocación de guantes.
2. Retirar el apósito y el catéter a la vez, presionando con una gasa estéril en el punto de punción para hacer hemostasia (presión firme durante 3 minutos o más)
3. Limpiar la zona, aplicar antiséptico y colocar apósito estéril.
4. Higiene de manos.
5. Registrar procedimiento.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

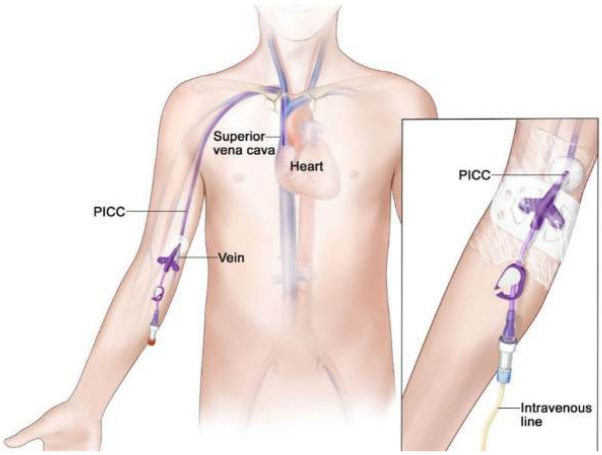
ACCESO VENOSO CENTRAL

Canalización de una vena con un catéter, cuyo extremo distal llega hasta la vena cava superior o la vena cava inferior, justo a la entrada de a aurícula derecha del corazón.

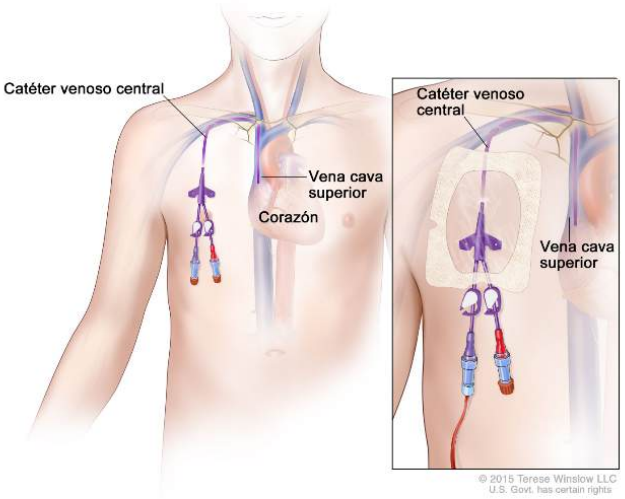


Tipos de catéter central.

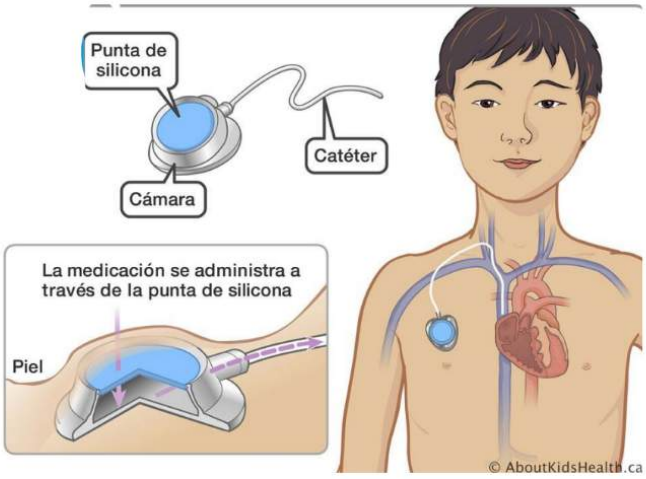
DE INSERCIÓN PERIFERICA (PICC)



DE INSERCIÓN CENTRAL.



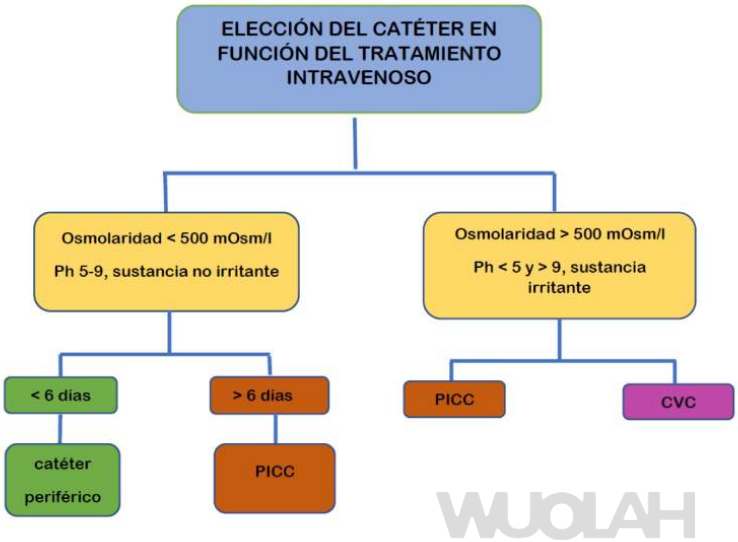
CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO.



El reservorio venoso subcutáneo es un dispositivo implantarse para acceso venoso permanente y de larga duración. Consta de una cámara con superficie de silicona donde se pincha. Esta cámara está conectada con un catéter que va por debajo de la piel hasta llegar a una vena de calibre grueso.

El CATETER VENOSO CENTRAL está indicado frente al periferico cuando:

- Tratamientos prolongados (>6 meses)
- Tratamientos ambulatorios (quimioterapia)
- Tratamientos con determinados fármacos (vasoactivos)
- Administración nutrición parental prolongada.
- Medición de la presión venosa central (PVC). Sólo en vías centrales de acceso central.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

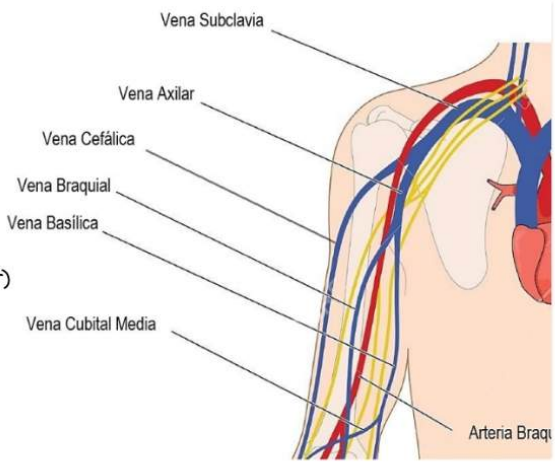
DE INSERCIÓN PERIFERICA (PICC)

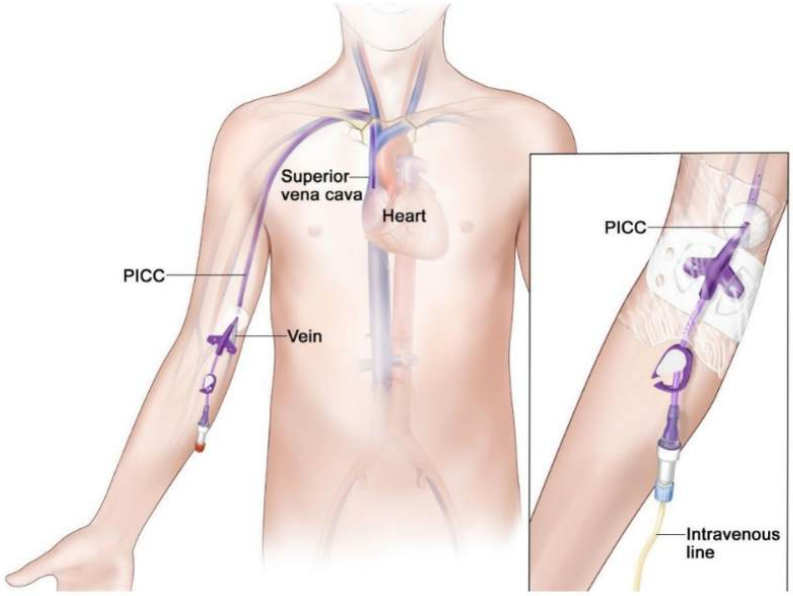


CATETER sobre aguja
(Drum, cateter tambor)



CATETER sobre guía (para técnica Seldinger)





Elección del catéter:

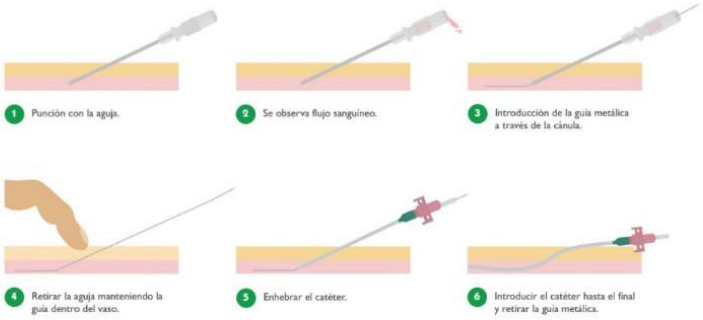
- En adultos: catéteres largos de silicona de una o varias luces, con agujas de diferente grosor.
- Según la anatomía del paciente:
  - Catéter PICC de 60 cm, 7 FR (2,4mm)
  - Catéter PICC de 50 cm, 5 FR (1,7mm)

Localización punto de inserción:

- Si es posible, brazo dominante:
  - Más musculatura.
  - Mayor calibre venoso.
  - Mejor flujo.

- Por encima flexura del codo.
- Siguiendo el orden BBC (basílica, braquial, cefálica).
- La vena de elección es la basílica por tener un diámetro grande y ser superficial.

TÉCNICA SELDINGER



- Técnica siempre estéril.
- Limpieza con antiséptico de la piel del paciente.
- Lavado quirúrgico de manos.
- Uso de guantes estériles, bata y mascarilla.
- Preparación de campo estéril.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Cuidados.

- Vigilar punto de punción.
  - Valorar lesiones por presión.
  - Vigilar síntomas de infección y/o flebitis: eritema, rubor, calor, supuración, induración palpable.
  - Cambiar el apósito y curar el punto de punción cada 7 días y siempre que sea necesario. ¡CURA ESTÉRIL!
- Mantenimiento del catéter.
  - No tomar la TA en el brazo del PICC.
  - Lavado con SF (doble del volumen de la luz, mín. 10ml) y sellado del catéter con 2,5ml heparina sódica 10U/ml.
  - Cambiar equipos de infusión cada 72 horas.
  - Cambiar equipo de infusión cada 24 horas en caso de nutrición parenteral.
  - Se recomienda mantener durante 30 días (aunque se puede alargar hasta 4 meses para evitar cambios)

Complicaciones.

- Flebitis.
- Extravasación.
- Rotura del catéter.
- Obstrucción del catéter.
- Migración del cateter.
- Sepsis relacionada con el cateter.
- Trombosis.
- Sangrado punto de punción.

WUOLAH

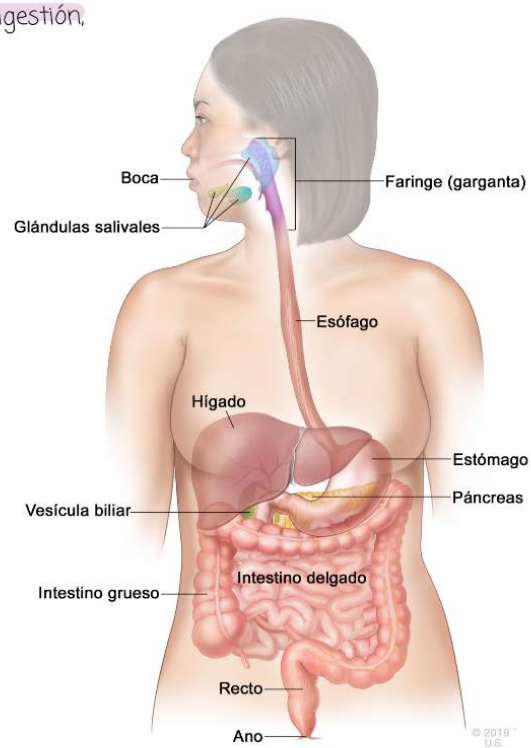
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

ENEMA Y TAPÓN (4.8)

DIGESTIVO.

Conjunto de órganos y glándulas accesorias cuya función es la ingestión, digestión, absorción de nutrientes y excreción de desechos.

Tracto gastrointestinal -> estructura tubular (5-6m)



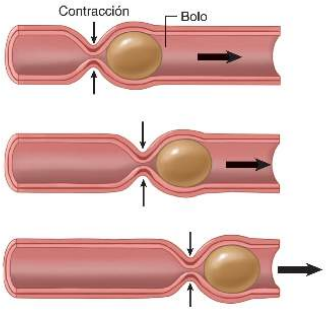
PARTES:
- Boca: Dientes, lengua, glándulas salivales.
- Faringe.
- Esófago.
- Estómago.
- Intestino delgado (aprox. 6m): Duodeno, yeyuno e íleon.
- Intestino grueso (aprox. 1,5m): Ciego, colón ascendente, c. transverso, c. descendente, sigma y recto.
- Ano.

ÓRGANOS Y GLÁNDULAS ASOCIADOS:
- Páncreas, hígado y vesícula biliar.
  - generan secreciones que drenan hacia el tubo digestivo.

PRINCIPAL FUNCIÓN:
- Transformar el alimento en pequeñas partículas.



PERISTALTISMO: Movimiento ondulante producido por las fibras musculares circulares y longitudinales de las paredes intestinales.



En su disminución influyen factores como:
- Dieta pobre en fibra.
- Ingesta insuficiente de líquido.
- Vida sedentaria.
- Debilidad muscular y tono disminuido del esfínter (ancianos)
- Procesos patológicos (ej. Hipotiroidismo)
- Fármacos: codeína, morfina, adrenérgicos y anticolinérgicos.
  - Relajación músculo liso (inhibición peristaltismo)
    -> Enlentecimiento propulsión de heces a través de las vías intestinales inferiores:Estreñimiento - Impactación fecal - Obstrucción

Para promover la defecación puede indicarse la aplicación de un enema evacuante

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Sintomatologia del aparato digestivo.

- NÁUSEA: Sensación desagradable que suele preceder al vómito, percibida como malestar epigástrico/esofágico.
- VÓMITO: Expulsión de contenido gastrointestinal por la boca acompañada de síntomas neurovegetativos (palidez, sudoración)
- HEMATEMESIS: Vómito con sangre fresca, no digerida (hemorragia digestiva alta)
- REGURGITACIÓN: Reflujo hacia la boca de pequeñas cantidades de contenido gástrico, sin náuseas ni contracción de la musculatura abdominal.
- ANOREXIA: Pérdida de apetito (uso erróneo "delgadez extrema" -> ANOREXIA NERVIOSA)
- AEROFAGIA: Deglución excesiva de aire que produce aumento de la presión intragástrica.
- DISFAGIA: Dificultad para la deglución -> alteraciones esofágicas/orofaríngeas mecánicas omotoras.
- AFAGIA: Imposibilidad total para deglutir.
- ESTREÑIMIENTO: Dificultad para defecar -> disminución de la frecuencia de deposiciones, heces duras, secas y/o con esfuerzo.
- DIARREA: Aumento de la frecuencia de defecación con heces de consistencia blanda/líquida.
- IMPACTACIÓN FECAL - FECALOMA: Acumulación de heces endurecidas en el recto y/o colón que no se pueden expulsar espontáneamente (Consecuencia de la retención/acumulación prolongada de material fecal)
- MELENA: Heces negras, viscosas y malolientes -> sangre digerida (hemorragia digestiva alta - HDA)
- RECTORRAGIA: Expulsión de sangre roja a través del ano (hemorragia digestiva baja - HDB)
- METEORISMO: Acumulación de gases en el tracto digestivo.

Entrevista.

- Hábitos alimentarios y de hidratación.
- Clínica digestiva: Antecedentes o problemas actuales.
- Patrón habitual de eliminación de heces.
- Consistencia y características de las heces:
  - Habituales, cambios recientes...
- Factores influyentes en el patrón de eliminación.
- Ostomías (Colostomías, ileostomías...)

PATRÓN DE DEFECACIÓN
- ¿Cuándo va normalmente al baño?
- ¿Ha cambiado este patrón recientemente?

DESCRIPCIÓN DE LAS HECES Y DE LOS POSIBLES CAMBIOS
- ¿Ha observado algún cambio en el color, textura (duras, blandas, acuosas), forma u olor de sus heces recientemente?

PROBLEMAS DE ELIMINACIÓN DE LAS HECES
- ¿Qué problemas ha tenido o tiene ahora con la defecación (estreñimiento, diarrea, flatulencia excesiva, pérdidas o incontinencia)?
- ¿Cuándo y con qué frecuencia ocurre?
- ¿Cuál cree que es la causa (alimentos, líquidos, ejercicio, emociones, medicamentos, enfermedad o cirugía)?
- ¿Qué ha hecho para solucionar el problema y cuál fue el resultado?

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELIMINACIÓN
- UsO de facilitadores de la defecación. ¿Qué rutinas sigue para mantener su patrón de defecación habitual? ¿Usa métodos naturales, como alimentos o líquidos específicos (p. ej., un vaso de limonada caliente antes de desayunar), laxantes o enemas para mantener la eliminación?
- Dieta. ¿Qué alimentos cree que afectan a la defecación? ¿Qué alimentos come habitualmente? ¿Qué alimentos evita? ¿Sigue un horario regular para comer?
- Líquido. ¿Qué cantidad y qué clase de líquidos toma cada día (p. ej., seis vasos de agua, dos tazas de café)?
- Ejercicio. ¿Cuál es su patrón de ejercicios diario habitual? (Obtener los datos sobre el ejercicio en lugar de preguntar si es suficiente; cada sujeto tiene una idea diferente de lo que es suficiente).
- Medicamentos. ¿Ha tomado algún medicamento que pudiera afectar al tubo digestivo (p. ej., hierro, antibióticos)?
- Estrés. ¿Está estresado? ¿Cree usted que esto afecta a su patrón de defecación? ¿Cómo?

PRESENCIA Y TRATAMIENTO DE UNA OSTOMÍA
- ¿Cuál es su rutina habitual con su colostomía o ileostomía?
- ¿Qué tipo de dispositivo utiliza, y lleva consigo otro de repuesto?
- ¿Le causa algún problema? ¿Cuál?
- ¿Cómo pueden las enfermeras ayudarle a cuidar de su colostomía o ileostomía?

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Valoración Física

1. INSPECCIÓN	• **Morfología**: simetría, forma y tamaño del **abdomen** • Deformaciones (bultos/masas), integridad cutánea y de mucosas, alteraciones cutáneas/vasculares visibles. • **Boca**: dientes, lengua, lesiones bucales • **Recto**, ano y zona perianal (lesiones, inflamación, hemorroides,...)
2. AUSCULTACIÓN	• Previa a **palpación** y **percusión** (evitar alteración de sonidos) • **Ruidos** intestinales (peristaltismo)
3. PERCUSIÓN	• Líquido, aire o masas.
4. PALPACIÓN	• **Consistencia del abdomen**: blando, depresible, rigidez/defensa,... • Presencia de **dolor** • **Tacto rectal:** Irregularidades, masas, irritaciones, impactación fecal/fecaloma, etc. Valorar sangre en el guante.



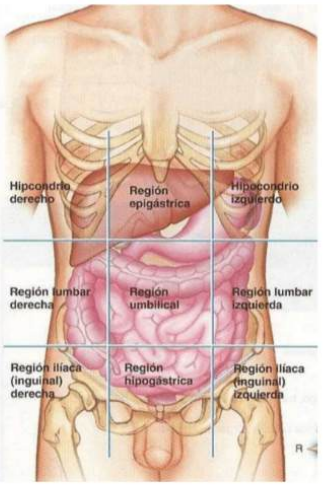




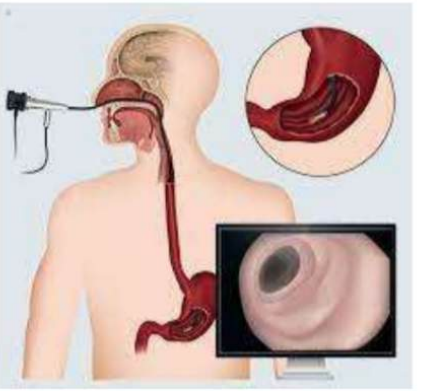
Tabla visual y descriptiva que tiene como objetivo clasificar las heces de acuerdo con 7 tipos, yendo desde el estreñimiento hasta la diarrea.

Valora la forma y consistencia de las heces.

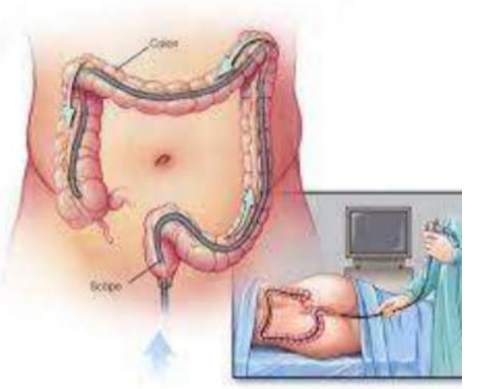
Se utiliza una representación gráfica en forma de diagrama -> simplifica la identificación por parte del paciente del aspecto y consistencia de sus heces.



Ecografía y Rayos.



Endoscopia.



Colonoscopia.



Analítica de sangre



Prueba de heces.

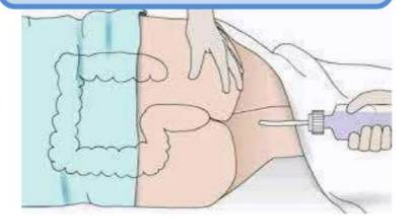
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

ENEMA.

ENEMA: Solución que se introduce en el recto y/o colón sigmoide a través del ano.

Su objetivo es facilitar la evacuación de heces y gases (estimulando el peristaltismo) y/o administrar sustancias para su absorción por la mucosa intestinal (fines terapéuticos y/o diagnósticos)

Tratamiento de estreñimiento/meteorismo



Administración de medicamentos, fluidos o nutrientes

Preparación para pruebas diagnósticas (colonoscopia) o IQ

Evacuatorio o de limpieza.

- Eliminación de heces: Estímulo del peristaltismo mediante infusión de un gran volumen de solución provocando distensión del colon.
- Retención: 5-10 minutos.
- 500-1500ml
  - Agua jabonosa.
  - Salino fisiológico.
  - Solución hipertónica.

De retención.

- Administración de medicación/nutrición/fluidoterapia: Absorción del principio activo, absorción de nutrientes o sustancias radio-opacas.
- Retención >30 minutos.
- 150-200ml.
  - Medicamentoso.
  - Opaco: para estudio radiológico.
  - Alimenticio (en desuso)
  - Antiséptico.
  - Antihelmíntico: destrucción de parásitos.
  - Emoliente: lubricar y proteger mucosa.
  - Oleoso: ablandar heces, lubricar colón distal y protección mucosa.
  - Carminativo o lavativa de Harris: expulsión de gases.
  - De Murphy "goteo de murphy": Adm tto vía rectal.

VOLUMEN = Estímulo peristaltismo

SOLUCIONES HIPERTÓNICAS:
Presión osmótica >
Líquido: espacio intersticial → colon

SOLUCIONES HIPOTÓNICAS:
Aumento de volumen y presión osmótica <
Líquido: colon → espacio intersticial

SOLUCIONES ISOTÓNICAS: Soluciones **más seguras**
Aumento de volumen y presión osmótica =
no existe desplazamiento de líquido colón-intersticio

Materiales.

- Solución prescrita.
- Lubricante hidrosoluble.
- Equipo de enema: envase, sistema, pinza, sonda rectal s/p.
- Gasas.
- Cuña y material para el aseo.
- Guantes desechables.
- Batea.
- Soporte de gotero s/p.
- Empapador.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Consentimiento del paciente.

- Explicar al paciente el procedimiento de forma clara y comprensible.
- Asegurar su comprensión, resolver dudas e inquietudes.
- Solicitar su colaboración.
  - Explicar que, una vez introducido el líquido, debe contenerlo en el interior y que puede tener sensación de plenitud durante la administración.
  - Recomendar que se mantenga relajado (abdomen y zona ano-rectal) explicar respiraciones largas y profundas.
  - Indicar que debe informarnos de cualquier sensación de molestia, malestar o dolor durante el procedimiento.

¿Quien hace el procedimiento?

Personal de enfermería.

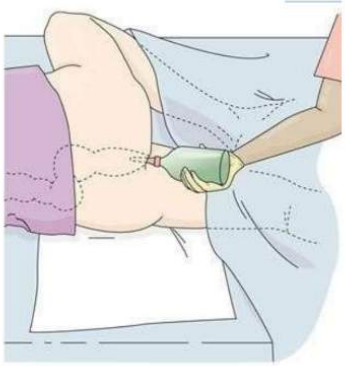
La enfermera es responsable del procedimiento:

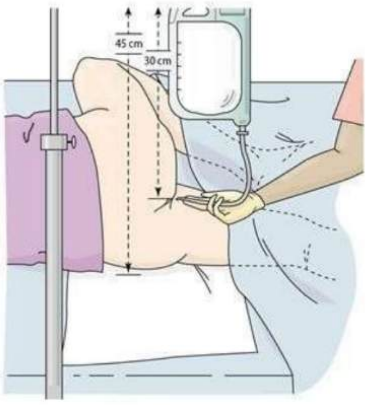
- En caso de delegar la tarea: Debe garantizar que el profesional en quién la delega (TCAE) es competente y posee las habilidades y conocimientos necesarios.
- Debe validar el procedimiento y sus resultados o consecuencias inesperadas.

¿Cuando se hace?

- Con prescripción médica.
- Día y hora pautada (Ej. administrar enema casen el día 30 a las 08:00h,)
- "Si precisa" (Ej. administrar enema casen semanal si no hay deposición en 7días)

PROCEDIMIENTO.



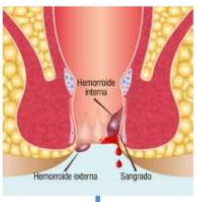


1. Presentación y verificación de la identidad del paciente.
2. Comprobación de alergias y contraindicaciones.
3. Información y solicitud de colaboración.
4. Preparación del material necesario.
5. Preparación del entorno: preservar intimidad, regular altura de la cama.
6. Lavado de manos y colocación de guantes.
7. Colocación del paciente: posición Sims.
8. Colocar empapador bajo las caderas y las nalgas.
9. Asegurar disponibilidad de WC. Colocar silla adaptada para WC o cuña accesible si precisa
10. Examinar la región perianal para detectar cualquier posible anomalía (Ej. hemorroides, fisuras anales, prolapso rectal)
11. Aplicar lubricante hidrosoluble en la cánula/sonda rectal (unos 5cm) algunos sistemas de enemas comercializados ya traen puntas lubricadas. Y retirar el aire del envase.
12. Insertar suave y lentamente (previene el espasmo del esfínter) la cánula/sonda hacia el recto, en dirección al ombligo unos 7-10cm.
13. Administrar la solución (informar plenitud y calambres abdominales):
    - Presionar suavemente el envase o Mantenerla por encima del paciente y despinzar el equipo deirrigación, ir elevando lentamente hasta 35cm sobre el ano.
14. Finalizada la administración, retirar la cánula/sonda y colocar cuña/pañal si precisa.
15. Explicar al paciente que debe retener el enema y mantenerse tumbado (en sedestación o bipedestación la gravedad favorece el drenaje y el peristaltismo)
16. Pedir al paciente que use el WC que no tire de la cadena (la enfermera tiene que observar las heces (color, consistencia...)
17. Desechar el recipiente del enema, el equipo de administración y la sonda en un contenedor para residuos clínicos.
18. Si fuera necesario, ayudar a efectuar el aseo anal.
19. Retirada de guantes y lavado de manos.
20. Registro del procedimiento: Documentar el tipo y volumen del enema y describir los incidentes y resultados.

WUOLAH

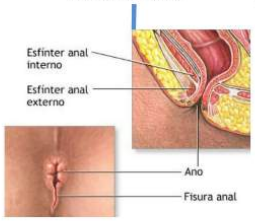
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

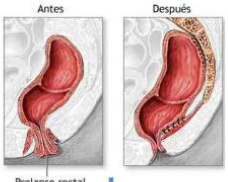
Anomalías.



HEMORROIDES
Dilatación varicosa de las venas de los plexos hemorroidales del conducto anal

FISURAS ANALES
Pequeño desgarro de la mucosa que recubre el ano

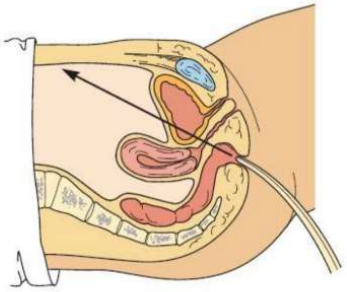




PROLAPSO RECTAL
Porción del recto que se desliza hacia el exterior del ano

Si en la introducción de la cánula/sonda se nota resistencia en el esfínter anal interno: Pedir al paciente que respire hondo y después introducir una pequeña cantidad de solución para relajar el esfínter.

- No fuerce nunca la introducción de la cánula/sonda o la solución.
- Si la resistencia persiste, dar el procedimiento por finalizado e informar al médico responsable.



Complicaciones.

(Vigilar: Sangrado, dolor abdominal, fiebre)

- Lesiones/traumatismos ano-rectales (Colitis isquémica, perforación ano-rectal)
- Reacciones vasovagales (Mareo, náuseas, hipotensión,...)
- Relacionadas con la composición del producto administrado (locales o sistémicas)

CONTRAINDICACIONES.

RELATIVAS

- Hemorroides, prolapso rectal, fisuras anales, abscesos...
- Factores de riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico (insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal)
- Relacionadas con la solución a administrar.

ABSOLUTAS.

- Cirugía/traumatismo intestinal reciente.
- Apendicitis o perforación intestinal (no incrementar peristaltismo)
- Obstrucción intestinal o íleo paralítico (intestino disfuncional)

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

EXTRACCIÓN DE FECALOMA.

FECALOMA: Masa o colección de heces endurecidas en los pliegues del recto, resultantes de la retención prolongada y la acumulación de materia fecal.

¿Qué hacemos?
DESIMPACTACIÓN FECAL: Extracción de un fecaloma del recto.

Facilitar la expulsión de heces/gases

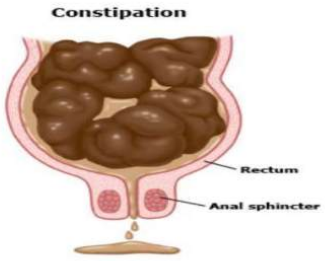


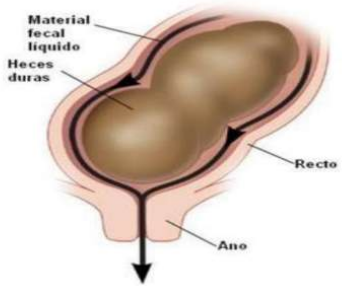
Acabar con

- Estreñimiento
- Diarrea paradójica

Diarrea Paradójica.

Falsa diarrea o diarrea paradójica: Se debe a la existencia de un fecaloma que se impacta en el recto. Se puede presentar evacuación de contenido líquido por rebosamiento.





Localización de los fecalomas.

- En la ampolla rectal 70%.
- Colon sigmoide 20%.
- Colon descendente 10%.

→

- Diagnóstico con tacto: Si ocupa la ampolla rectal.
- Diagnóstico Rx. Abdomen : Si impactación fecal alta (Colon descendente o sigmoide)

↓

EXTRACCIÓN MANUAL si se sitúa en ampolla rectal.

Materiales.

- Vaselina.
- Guantes NO estériles.
- Empapador.
- Material para Aseo.

Consentimiento del paciente.

- Explicar al paciente el procedimiento de forma clara y comprensible.
- Asegurar su comprensión, resolver dudas e inquietudes.
- Solicitar su colaboración:
  - Explicar que, aunque es una maniobra un poco molesta se encontrará mejoras una vez que haya sido extraído el fecaloma.
  - Recomendar que mantenga el abdomen relajado y que realice aspiraciones largas y profundas. Es además útil que el paciente vacíe la vejiga previamente para facilitar el proceso.
  - Indicar que debe informarnos si tiene dolor, mareos o cualquier otra sintomatología durante el procedimiento.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

PROCEDIMIENTO.

1. Presentación y verificación de la identidad del paciente.
2. Comprobación de alergias y contraindicaciones.
3. Información y solicitud de colaboración.
4. Preparación del material necesario.
5. Preparación del entorno: preservar intimidad, regular altura de la cama.
6. Lavado de manos y colocación de guantes.
7. Colocación del paciente: decúbito lateral derecho.
8. Colocar empapador debajo del paciente.
9. Lubricar el dedo con vaselina.
10. Introducir suavemente el dedo con dirección al ombligo y desprender/desalojar las heces, moviendo el dedo dentro de la masa endurecida. Ir retirando el fecaloma
11. Realizar el aseo del paciente y colocarlo en el baño si lo precisa.
12. Valorar la cantidad/consistencia de las heces y registrar la práctica.



Durante el procedimiento se puede lesionar la mucosa de la zona:

- Uso restringido de la desimpactación digital a enfermería y medicina.

Después de la desimpactación, valorar:

- Enema de limpieza.
- Inserción de un supositorio.

Para extraer las heces restantes.

La extracción manual de una impactación puede ser dolorosa.
Para reducir el dolor provocado por el procedimiento, puede utilizarse (si el protocolo lo permite), 1 o 2 ml de lidocaína en gel.
La enfermera colocará la lidocaína en un dedo con guante insertándolo vía rectal.

Complicaciones.

El exceso de manipulación rectal provoca irritación de la mucosa, sangrado y estimulación del nervio vago, lo que a veces provoca ralentización refleja de la frecuencia cardiaca.

- Reacciones vasovagales (Mareo, náuseas, hipotensión,...)
- Lesiones/traumatismos ano-rectales (Colitis isquémica, perforación ano-rectal)

En cualquier caso INTERRUMPIR PROCESO!!

CONTRAINDICACIONES.

RELATIVAS

- Hemorroides, prolapso rectal, fisuras anales, abcesos....

ABSOLUTAS.

- Cirugía/traumatismo intestinal reciente.

WUOLAH

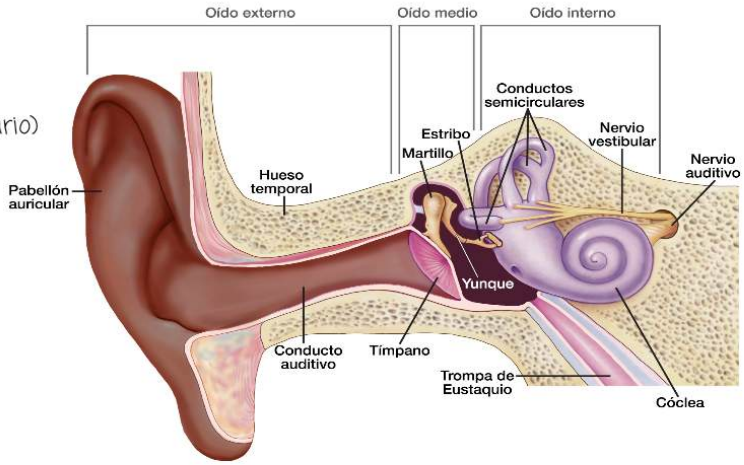
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

CERUMEN: Conjunto de productos de descamación, secreciones sebáceas y secreciones de las glándulas ceruminosas que se encuentran en el tercio externo del conducto auditivo externo (CAE).

¿Para qué sirve?
- Alejar desechos y contaminantes de la membrana timpánica.
- Lubrica la epidermis del CAE.
- Facilita el paso del sonido hacia el oído medio.

¿Por qué se forma?
- FACTORES NO MODIFICABLES.
  - Producción excesiva de cerumen (probable factor hereditario)
  - Con los años la cera es más dura y seca.
  - Presencia abundante de pelos.
  - CAE estrecho o retorcido.
- FACTOR MODIFICABLE.
  - Audífonos insertados en el CAE.
  - Uso inadecuado de bastoncillos.
  - Excesivos lavados champú/jabón.



Signos y síntomas.

La manifestación clínica más frecuente es una sordera brusca o gradual no dolorosa, con:
- Autofonía (oír en exceso la propia voz)
- Sensación de plenitud en el oído.

El tapón va creciendo lentamente hasta que obstruye por completo la luz delC.A.E.:
- Se produce la sordera total.

Puede haber otros síntomas, si el tapón es muy grande y contacta con el tímpano:
- Acúfenos (ruido en el oído)
- Otalgia (dolor de oído)
- Vértigos.

Materiales.

- Otoscopio y conos.
- Batea arriñonada.
- Jeringa de metal de 100ml.
- Agua tibia.
- Guantes NO estériles.
- Toalla.

Consentimiento del paciente.

- Explicar qué le vamos a hacer.
- Preguntarle si se ha administrado las gotas oticas (cerumenolíticos) [97% Eficaz]
- Indicarle la importancia de que colabore en el proceso:
  - Le explicaremos cómo debe colocar la cabeza.
  - La importancia de que permanezca quieto y evite movimientos bruscos.
- Le explicaremos que el proceso es ligeramente molesto.
  - Avise si: mareos, náuseas o vértigos.
- Le preguntaremos si tiene dudas sobre el procedimiento.
- Le daremos el consentimiento informado, se lo explicaremos y no realizaremos el procedimiento hasta que lo firme.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Aplicación de gotas.

Los protocolos consultados en España recomiendan: instilar en el C.A.E 3-4 veces al día, los 2 días previos a la extracción:

- Agua oxigenada al 3% (rebajada con agua hervida al 50%)
- Aceite de oliva o cualquier preparado disolvente del cerumen.

Si es el paciente quien va a echar las gotas -> dar instrucciones sobre su uso:

- Indicar que suspenda el tratamiento si nota dolor.
- No introducir algodón o bastoncillos tras echar las gotas.
- Permanecer con la cabeza apoyada sobre el lado contrario al de instilación de las gotas y mover ligeramente el pabellón auditivo.

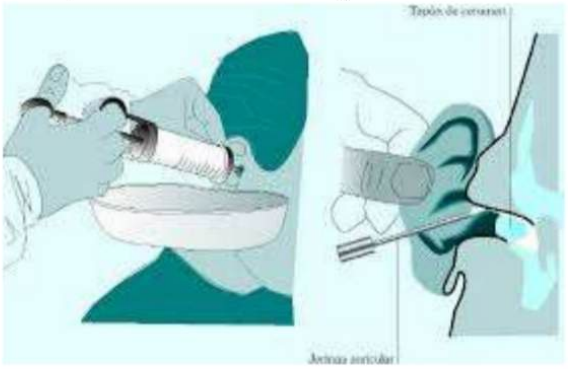
PROCEDIMIENTO

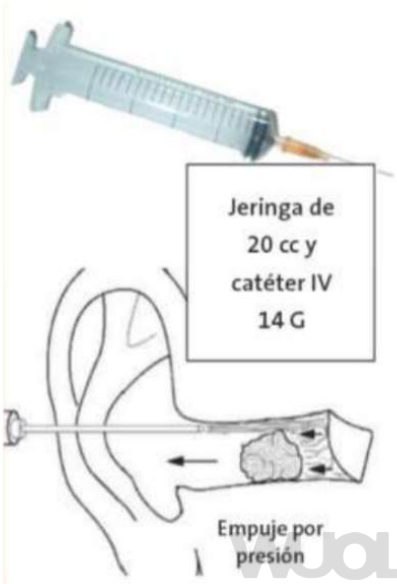
El tapón de cera se reconoce muy fácilmente por OTOSCOPIA (exploración del CAE, tímpano e indirectamente del oído medio para diagnosticar la presencia tapón de cera).

Procederemos a rectificar la curvatura fisiológica del C.A.E mediante tracción del pabellón auricular.

- Adultos: traccionar la parte superior del pabellón auricular hacia arriba y atrás.
- Niños: traccionar hacia abajo y atrás.

1. Comprobar la prescripción del lavado de oidos y los antecedentes en la historia clínica (posibles contraindicaciones).
2. Presentarse, verificar la identificad del paciente y preguntarle alergias.
3. Explicar el procedimiento. Recoger el consentimiento informado FIRMADO.
4. Lavarse las manos y colocarse los guantes no estériles.
5. Realizar una otoscopia previa.
6. Cargar la jeringa otológica con agua templada (temperatura corporal) eliminando el aire.
7. Colocar al paciente sentado, con una toalla/empapador en el hombro.
8. Sujetar el pabellón auricular con los dedos índice y pulgar,t raccionando la porción superior hacia arriba y atrás. Introducir la cánula ligeramente (entre 5 y 7 mm) sosteniendo laparte anterior de la jeringa con el dedo medio que estará perpendicular a la cabeza.
9. Inyectar el agua con cierta energía, dirigiéndola hacia la zona de contacto entre la pared del conducto y el tapón, buscando aberturas que faciliten el despegamiento.
10. Pedir al paciente que avise si siente dolor.
11. Si el tapón no sale después de 3 lavados, realizar otoscopia y si sigue fijado al conducto o tímpano citar al paciente 2 días más tarde indicándole que se instile otra vez gotas en el C.A.E.
12. Una vez eliminado completamente el tapón, visualizar mediante otoscopia el conducto y el tímpano.
13. Limpiar la oreja y secar al paciente.
14. Recoger el material y desechar los residuos de forma adecuada.
15. Registrar la técnica en la historia clínica. Documentar el aspecto y cantidad de cera.
16. Si precisa derivación a ORL, gestionar con el médico de atención primaria.





Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Consejos para después de la extracción.



- No utilizar bastoncillos para los oídos.
- Evitar sumergir la cabeza bajo el agua unos días.
- Usar gotas de aceite para mantener el conducto hidratado y evitar nuevos tapones.

Es común que el paciente refiera audición disminuida, hasta la evaporación del agua residual que queda en el conducto, y que puede durar unas horas.

Complicaciones.

- Mas comunes:
  - Dolor leve.
  - Vértigos.
  - Acúfenos (Pitidos en el oído)
  - No extracción del tapón.

- Graves, menos comunes:
  - Perforación timpánica.
  - Otitis.
  - Otorragias.

CONTRACCIONES.



Otitis Media y Externa, hasta que se resuelva



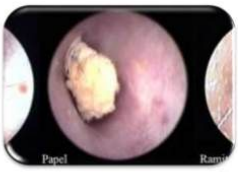
Sospecha de perforación timpánica



Historia de Otitis Crónica y Supurada



Heridas recientes de tímpano y en el conducto auditivo externo



Presencia de cuerpos extraños

En cuanto a la aspiración seca, es lo más indicado si existe el antecedente de perforación timpánica, por lo que está contraindicado el lavado de oídos.
Requiere formación específica (Otorrinolaringología) previa para realizar la técnica, lleva un tiempo similar al lavado, no precisa de la administración previa de cerumenolíticos y disminuye el riesgo de infecciones.

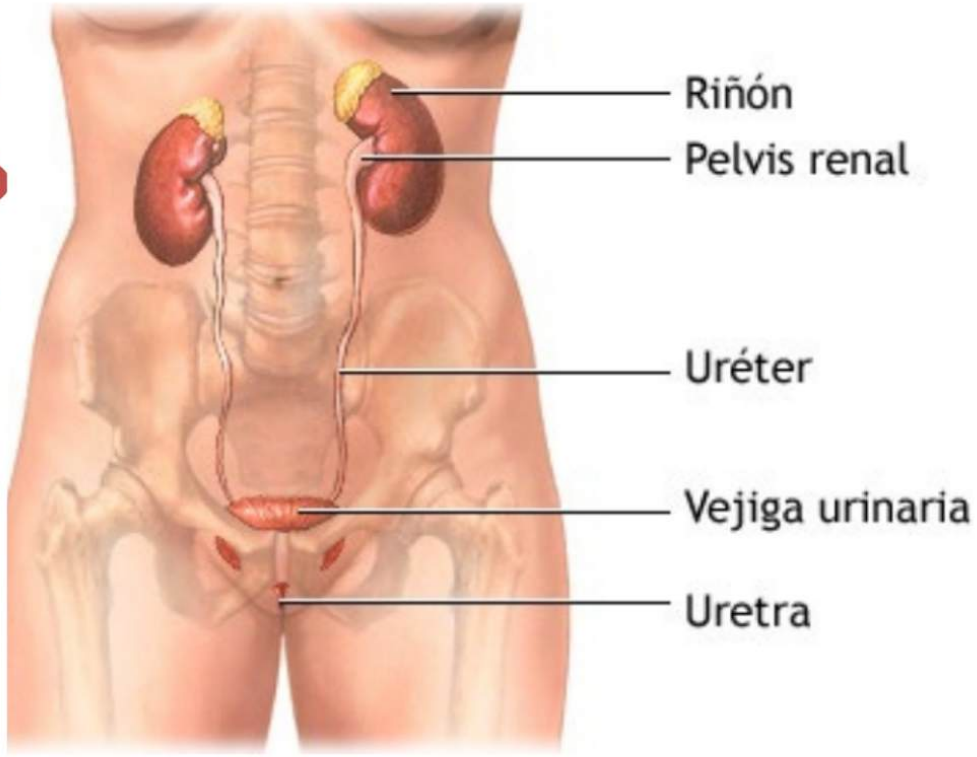


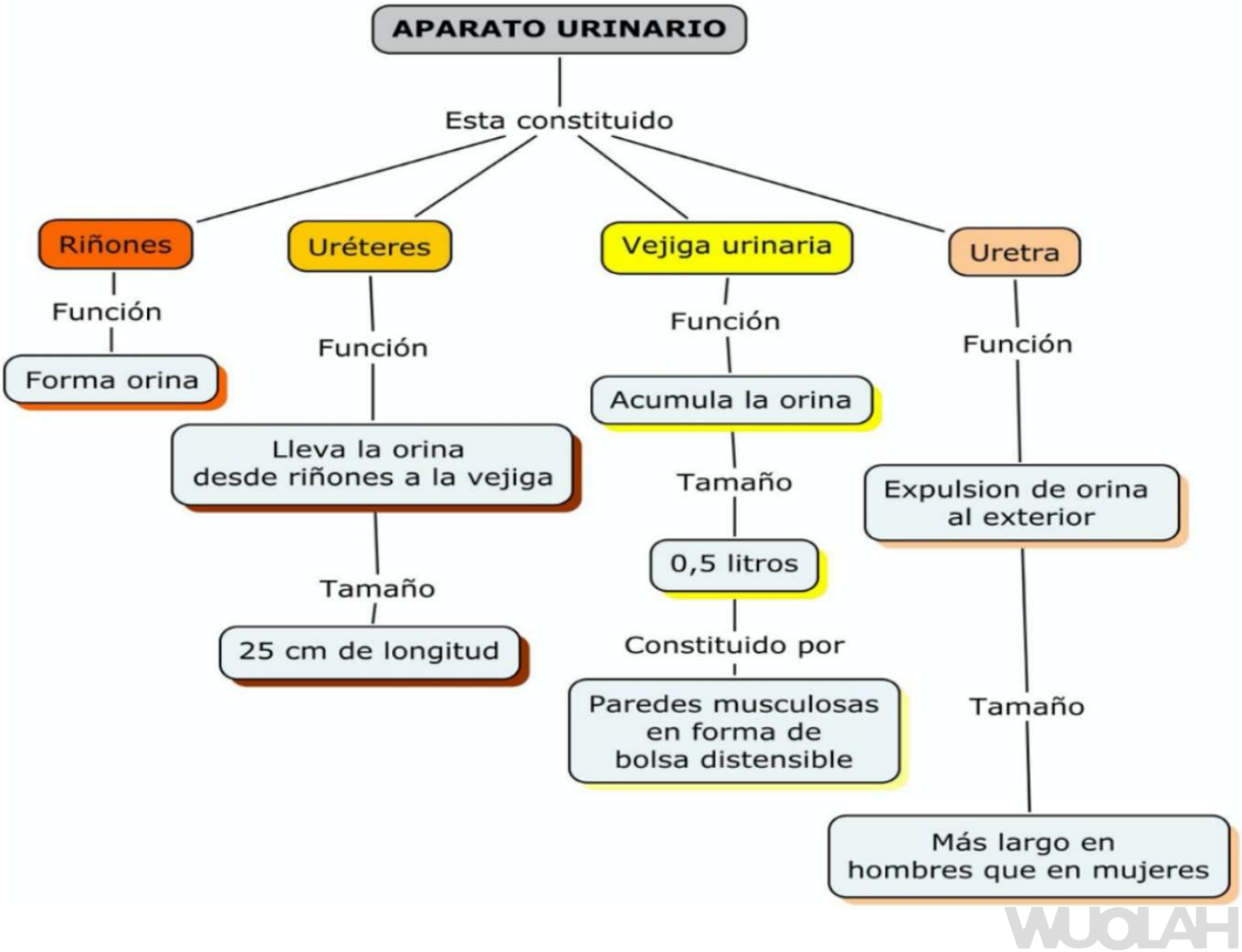
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

UROLOGIA (4.9).

APARATO URINARIO = FORMACIÓN, ALMACENAMIENTO Y ELIMINACIÓN DE LA ORINA + HOMEOSTASIS.

- Volumen intravascular
- Volumen extravascular
- Presión sanguínea





Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

ORINA.



- Líquido transparente, de color amarillo pajizo y de olor característico.
- Secretada por los riñones y expulsada al exterior através de las vías excretoras.
  - 1,5 litros diarios. Densidad 1,010 y 1,030.
  - pH 4,7-8.
  - No hematíes, leucocitos ni glucosa.

Excreción urinaria = FILTRACIÓN GLOMERULAR - REABSORCIÓN TUBULAR + SECRECIÓN TUBULAR.

- 95% agua.
- 2% sales minerales.
- 3% urea y ácido úrico.

El análisis de orina puede proporcionar una información amplia, variada y útil del riñón de unindividuo y de las enfermedades que pueden afectarle.

Entrevista.

DIETA/ HIDRATACIÓN	PATRÓN MICCIONAL	ALTERACIONES
¿Cuánta agua?	¿Cuántas veces?	Cuantitativas
Otros líquidos	Olor, color ...	Cualitativas
Signos de deshidratación	¿Sangrados?	Otras

Alteraciones.

CUANTITATIVAS	CUALITATIVAS	OTRAS
• **Poliuria**: >2l • **Oliguria**: <500ml • **Anuria** • **Nicturia** • **Enuresis nocturna** • **Polaquiuria**	• Cambios **color** • Clara, oscura, hematúrica, colórica, color púrpura, negra • **Proteinuria**: >200mg/dl • **Leucocituria / piuria** • **Bacteriuria** • **Cilindruria**	• **Disuria** • **Tenesmo**

Pruebas complementarias.

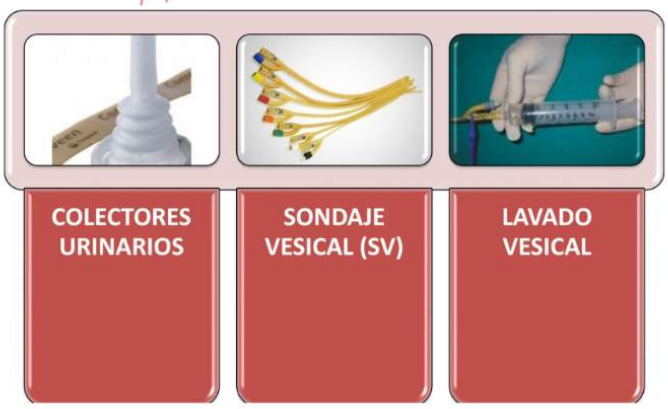
MUESTRA DE ORINA	MUESTRA DE SANGRE	PRUEBAS DE IMAGEN
Olor, color, transparencia	↑ Concentración sustancias eliminadas	Rx. simple, urografía
Densidad, pH	Urea, creatinina	Ecografía
Observación microscópica		

SINTOMATOLOGIA.

POLIURIA	+2L diarios
OLIGURIA	<500 ml diarios
ANURIA	<50 ml diarios
NICTURIA	↑ eliminación de orina durante el sueño
ENURESIS NOCTURNA	Pérdida involuntaria de orina posterior a la edad en la que se debería haber logrado el control vesical, durante la noche.
POLAQUIURIA	Necesidad de orinar frecuentemente, pero, eliminando poca cantidad de orina en cada micción.
HEMATURIA	Sangre en orina
PROTEINURIA	Proteínas en orina en cantidad anormal (>150 mg/dl en 24h)
DISURIA	Dolor o sensación de quemazón al orinar
TENESMO	Sensación exagerada de orinar, por irritación o inflamación vesical.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Técnicas y procedimientos.



COLECTORES URINARIOS

INDICACIÓN: COLECTOR URINARIO:

- Pacientes con incontinencia urinaria, pero, mantienen un vaciado vesical completo y espontáneo.
- Pacientes en silla de ruedas.
- Piel del pene debe estar intacta.

MENOR RIESGO DE BACTERIURUA O ITU.!

Material necesario.

- Bolsa colectora de orina.
- Guantes desechables.
- Material para aseo.
- Soporte de bolsa de orina
- Colector y banda elástica.
- Batea con agua templada.
- Empapador.



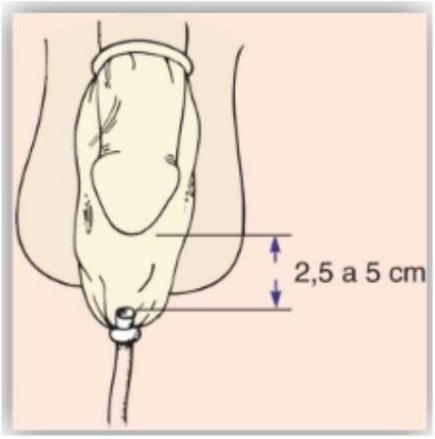






COLOCACIÓN.

- El área del adhesivo es de 2-3cm -> Por detrás del glande.
- Dejar 2,5-5cm entre el glande y el final del colector:
  - Si el catéter no es autoadhesivo colocar la tira elástica adhesiva envolviendo el cuerpo del pene haciendo una espiral.
- Sujetar pene con la mano no dominante.
- Con la mano dominante extender la funda, que ya viene enrollada en el equipo, sobre el pene, dirigiéndola hacia la base de éste.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

- PASO A PASO (1)
  - Informar al paciente + consentimiento.
  - Solicitar colaboración.
  - Higiene de manos.
  - Observar la piel (irritación, inflamación, lesiones)
  - ¿Alergia al látex?
  - Preparar material.
  - Intimidad.

- PASO A PASO (2)
  - Decúbito supino.
  - Colocarse guantes.
  - Empapador bajo los glúteos.
  - Lavado del pene con agua y jabón. Secar.
  - Valorar tamaño del colector.
  - ¿Vello púbico? Cortar, no rasurar.

COLOCACIÓN*

- PASO A PASO (3)
  - Conectar el sistema de la bolsa de orina al colector.
  - Colocar la bolsa en el soporte y fijarla. Siempre por debajo de la vejiga.
  - Recoger material.
  - Lavado de manos.
  - Registrar :
    - Fecha y hora.
    - Procedimiento.
    - Talla o medida del colector.
    - Incidencias
    - Adaptabilidad.
    - ¿Cantidad de orina?

Cuidados.

- Observación a los 30 minutos y posteriormente cada 4h.
  - Correcto funcionamiento.
  - Aspecto y coloración del pene e integridad de la piel.
- Cambiar la bolsa de orina regularmente.
  - Evitar reflujo.
- No tirar ni torcer el colector -> ¡Educación!
- Cambiar el colector cada 24h.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

¿Y SI ES PARA DIAGNÓSTICO DE ITU EN LACTANTES?
Se utiliza un colector urinario estéril o una bolsa colectora diseñada específicamente para lactantes. Estas bolsas tienen adhesivo para pegarse a la piel del bebé en la zona genital, garantizando que la orina se recoja de manera segura.
Preparación:
•Es importante lavar y secar bien las manos antes de tocar el colector.
Se debe elegir un momento en el que el bebé no esté completamente mojado para que el adhesivo del colector se adhiera correctamente a la piel.

•Colocación del colector:
○Niños: En los bebés varones, se coloca el colector sobre el pene y el área del escroto, asegurándose de que quede bien ajustado.
○Niñas: En las bebés niñas, el colector se coloca sobre la vulva, cubriendo la zona genital y asegurándose de que no haya filtraciones por los bordes.

•Monitoreo:
Después de colocar el colector, se debe verificar periódicamente que el bebé haya orinado en la bolsa. En general, la orina suele acumularse rápidamente, y se debe cambiar la bolsa si se llena o si el bebé se incomoda.

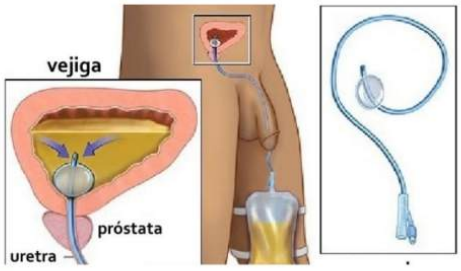
•Extracción de la muestra:
Una vez que se ha recolectado la orina, se debe retirar la bolsa cuidadosamente para evitar el derrame.
La muestra de orina se debe transferir inmediatamente a un recipiente estéril si es para análisis.

•Descarte:
Se debe desechar el colector de manera adecuada, siguiendo las pautas locales de eliminación de productos médicos.



SONDAJE VESICAL

•Introducción de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria para drenar la orina.
○Técnica invasiva.
○Técnica estéril.



VACIAR CONTENIDO VESICAL

Objetivos.

FACILITAR LA **SALIDA** AL EXTERIOR DE LA ORINA EN CASOS DE RETENCIÓN.
CONTROL DE LA DIURESIS.
TRATAMIENTO INTRA Y POSTOPERATORIO DE ALGUNAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (IQ).
MANTENER **ADECUADA HIGIENE** EN EL CASO DE ESCARAS GENITALES.
TRATAMIENTO CRÓNICO EN PACIENTES QUE NO VACÍAN ESPONTANEAMENTE LA VEJIGA.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Tipos.

SONDAJE INTERMITENTE	Después de realizar el sondaje se retira.	Único o repetido
SONDAJE TEMPORAL	Tiempo definido con la sonda.	< 30 días
SONDAJE PERMANENTE	Permanecer indefinidamente con la sonda.	> 30 días Cambios correspondientes

INTERMITENTE
- Vaciado de la vejiga en retenciones de orina.
- Muestras de orina.
- Exploración uretral o vesical.
- Determinación cantidad orina residual.
- Introducir medicamentos (fines diagnósticos o terapéuticos)

TEMPORAL
- Control diuresis
- Vía de lavado continuo
- Pacientes incontinentes: Zona genital seca
- Fístulas vesicales y rotura vesical extraperitoneal.
- Hematuria
- Tratamiento intraoperatorio y postoperatorio

PERMANENTE
- Pacientes con fracaso en el vaciado vesical espontáneo.

MATERIAL	TIPOS	NºLUCES
Látex	Foley	1 luz
Silicona	Nelaton	2 luces
PVC (ej: polivinilo)	Tiemann	3 luces



SONDAS FOLEY

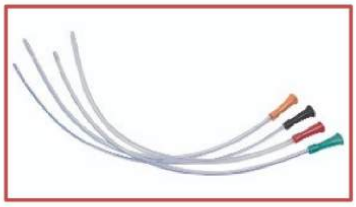
LÁTEX (21 días)



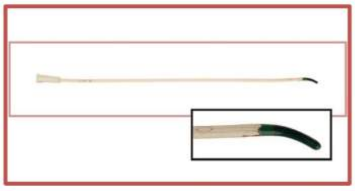
SILICONA (60 días)



SONDAS NELATON



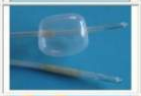
SONDAS TIEMANN





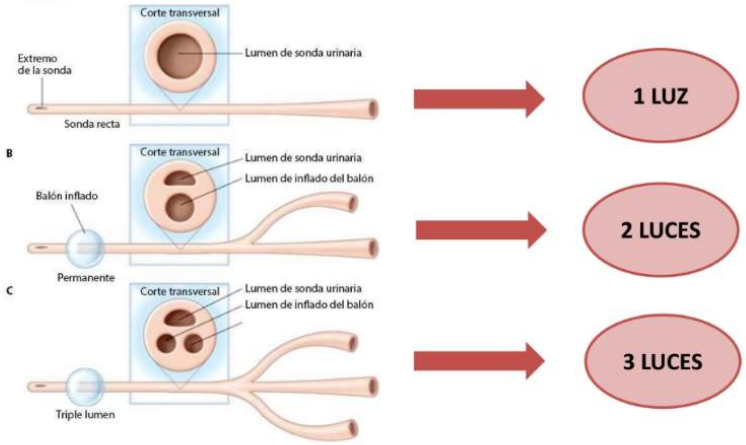
Indicaciones.

FOLEY	• 2 LUCES • Rectas • Balón de fijación	• Pacientes en general: vaciado vesical y sondajes permanentes.
	• 3 LUCES • Rectas • Balón de fijación	• Hematuria
NELATON	• Rectas • Semirrigidas • 1 luz • NO balón de fijación	• Vaciar la vejiga • Recogida de muestras
TIEMANN	• Curvas • Punta olviada y puntiaguda	• Pacientes prostáticos o vaciado dificultoso

SONDAS	IMAGEN	TIPOS	INDICACIONES
FOLEY		Son rectas, de dos o tres vías para lavados. En ambos casos incluyen un balón de fijación.	Las de 2 vías para pacientes en general, vaciado vesical y sondajes permanentes sin sospecha de patología urinaria. Las de 3 vías se usan en caso de hematuria.
NELATON		Son rectas, semirrigidas y de una sola vía, sin sistema de fijación.	Para vaciar la vejiga y/o recogida de muestras.
Los siguientes tipos de sondas son variaciones de la forma de la punta de las sondas Foley y Nelaton			
TIEMANN		Son curvas, con punta olivada y puntiaguda.	En pacientes protáticos o de vaciado dificultoso.
COUVELAIRE		Punta biselada o en pico de flauta.	En pacientes con hematuria o para mantener un circuito de lavado.
MERCIER		Punta acodada y olivada (en forma de palo de golf) y con orificios más anchos.	Se emplean después de la resección del adenoma de próstata.
DUFOUR		Punta acodada, en forma de pico y perforada en el codo.	Para lavados vesicales con coágulos.
FOLYSIL		De punta completamente abierta para poder introducir una guía de referencia.	Postoperatorio de prostatectomía radical.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Según Nº Luces.



El calibre se selecciona en función al sexo, edad y características del paciente -> Ch (French)

- Mujeres: CH 14 y 16.
- Varones: CH 16-18-20-22.

La longitud de la sonda también varía en el sondaje intermitente.

- Hombre: 40cm.
- Mujer: 20cm.

Material necesario.

- Bolsa colectora.
- Guantes desechables.
- Soporte de bolsa de orina.
- Sonda vesical apropiada.
- Gasas estériles.
- Empapador.
- Guantes estériles.
- Material para el aseo + bolsa basura.
- Jeringa 10cc + agua esteril.
- Lubricante urologico.
- Campo estéril .
- Solución antiséptica.

COLOCACIÓN.

PASO A PASO (1)

- Informar al paciente + consentimiento.
- Solicitar colaboración.
- Intimidad del paciente.
- Higiene de manos + guantes NO estériles.
- Postura correcta.
  - Mujer: posición ginecológica.
  - Hombre: decúbito supino con muslos ligeramente flexionados.

PASO A PASO (2)

- Lave la región perineal con agua y jabón. Antiséptico. Gasa en meato.
- Quítese los guantes y lávese las manos
- Coloque campo estéril, coloque todo el material necesario y póngase guantes estériles.
- Llenar jeringa con 10cc agua estéril (OJO capacidad del globo)
- Conecte sonda al sistema de drenaje.
- Coloque paño estéril sobre el pene/periné.

PASO A PASO (3)

- Lubrique la sonda (15-20cm masculino / 2,5-5cm femenino)
- Sujete la sonda enrollada con la mano dominante.
- Con la mano no dominante, retire la gasa del meato.
- Introduzca sonda

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Introduzca la sonda...

MUJERES



HOMBRES

1. Separar los labios mayores y menores con la mano no dominante (ahora contaminada)
2. Introducir sonda hasta que la orina fluya (5 a 7,5 cm)
3. Introducir otros 2,5-5 cm

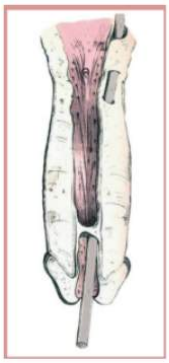
1. Mantener el pene del paciente en ángulo recto y ligera tracción con el prepucio retraído; con la mano no dominante (ahora contaminada)
2. Introducir sonda hasta que la orina fluya (17 a 22,5 cm).
3. Introducir otros 2,5-5 cm

PASO A PASO (4)

- Inflar el balón con de Agua Destilada -> ¿Suero fisiológico?
- Cuelgue por debajo de la vejiga la bolsa de orina.
- Asegúrese de que la sonda no está acodada.
- Si necesario, fíjela al muslo.
- Recoja material.
- Registre: Tipo de sonda, calibre, cc en el globo y fecha.

Cuidados.

- Revisar historia clínica.
- No forzar la entrada de la sonda -> ¿Falsa luz? Cuidado.
- Colocar la bolsa en el soporte y ponerla por debajo del nivel de la vejiga.
- Realizar pinzamientos intermitentes cada 300-500cc en caso de que el paciente presente retención de orina.
  - No vaciar la vejiga bruscamente.
- Evitar tirones y llenado excesivo de la bolsa.
- Cambios periódicos recomendados para cada tipo de sonda.





SV solo cuando esté indicado ...

Instrumento de ecografía portátil que mide el volumen de la vejiga urinaria de una forma no invasiva.
Rápidos y fáciles de utilizar.
Se visualiza colocándolo en la línea media del abdomen, entre 2,5-4cm por encima de la sínfisis púbica.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Retirada.

1. Preparación material, personal e intimidad.
2. Colocación guantes.
3. Empapador debajo del paciente.
4. Extraer el contenido del globo de la SV con una jeringa.
5. Sujetar sonda con una gasa y retirarla suavemente.
6. Depositar en bolsa para residuos.
7. Botella/cuña si precisa.
8. Comprobar que el volumen de orina en cada micción es adecuado tras la retirada de la sonda.
   - Si no ha orinado 6-8h después, valorar los signos de RETENCIÓN URINARIA.
9. Desechar material.
10. Retirar guantes e higiene de manos.
11. Registrar

LAVADO VESICAL

OBJETIVO: Mantener la permeabilidad de la sonda vesical cuando se sospeche obstrucción de la misma por secreciones, coágulos, restos quirúrgicos, etc. ¡EVITAR!



Uso de solución estéril.
RIESGO DE INFECCIÓN URINARIA POR MANIPULACIÓN.

Material necesario.

- Paño estéril.
- Empapador.
- Jeringa de irrigacion esteril 50cc.
- Solución salina esteril para irrigacion.
- Recipiente estéril para solución.
- Recipiente para drenaje.
- Guantes desechables.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Pinzas kocher.
- Solución antiséptica.
- Protector esteril tubo drenaje.

Procedimiento.

1. Identificación del paciente.
2. Explicar y solicitar colaboración.
3. Posición adecuada.
4. Preparar material.
5. Lavado manos + guantes desechables.
6. Empapador.
7. Desinfectar punto de conexión entre la sonda y el tubo de drenaje.
8. Colocar recipiente para drenaje cerca de la sonda y por debajo del nivel de la vejiga.
9. Guantes estériles.
10. Colocar el paño estéril por debajo de la sonda.
11. Material a utilizar encima del paño estéril.
12. Pinzar la sonda y desconectar.
    - EVITAR LA CONTAMINACIÓN.
13. Colocar un protector al tubo de drenaje.
14. Cargar la jeringa con 30-50cc de solución salina.
14. Conectar la jeringa a la sonda, despinzar e introducir la solución lentamente, hasta aproximadamente 100cc en 2 o 3 veces.
15. Verificar el volumen de entrada y salida.
16. Una vez finalizado, conectar tubo de drenaje a SV.
17. Valorar el color y aspecto del líquido drenado.
18. Recoger material.
19. Lavado de manos.
20. Registrar

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Incidentes.

Líquido entra sin problemas, pero, no fluye:

- Aspirar suavemente para desobstruir la sonda.

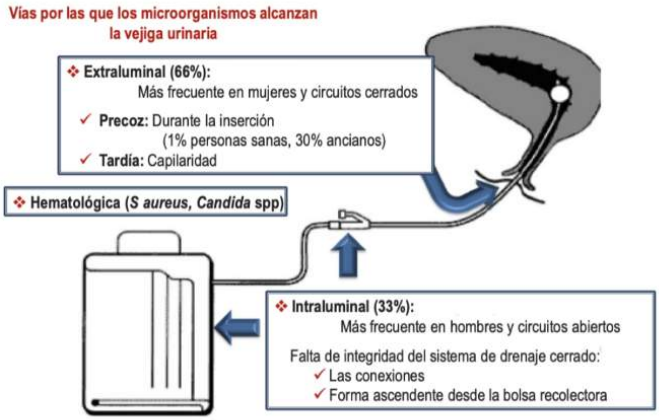
Dificultad tanto en la entrada como en la salida del líquido:

- Valorar cambio de sonda.

¿Cómo ocurre?

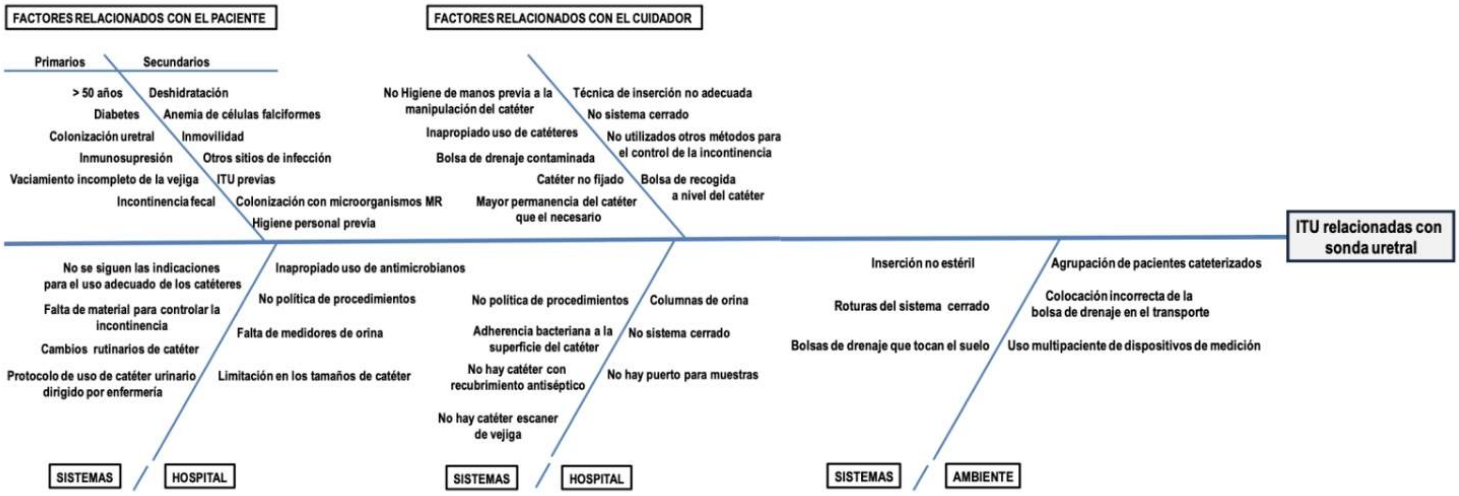
Representan un 15-20 % de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).

- Mayor morbilidad, mayor mortalidad, mayor coste.



Factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES
Duración del sondaje vesical	Mujer
No adherencias de los cuidados antisépticos de la sonda uretral	Enfermedad de base grave
Baja formación del personal sanitario en la técnica del procedimiento de colocación de la sonda uretral	Enfermedad no quirúrgica
Sondaje uretral después de seis días de hospitalización	Edad > 50 años
	Diabetes Mellitus
	Insuficiencia renal con cifras de creatinina sérica > 2 mg/dl



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Indicaciones de inserción y mantenimiento de sonda uretral

1. Monitorización estricta de la diuresis en el paciente crítico. Control del balance hídrico.
2. Bajo nivel de conciencia. Sedación profunda.
3. Uso perioperatorio para procedimientos quirúrgicos seleccionados (cirugía urológica, cirugía genitourinaria, cirugía raquis lumbar e intervenciones prolongadas).
4. Manejo de la retención aguda de orina u obstrucción urinaria, presencia de hematuria con coágulos y riesgo de obstrucción.
5. Úlceras por presión categoría III-IV en sacro-coxígea en pacientes con incontinencia.
6. Medida de confort en tratamiento paliativo. Proceso al final de la vida.

https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2018/04/bu-sero/definitivo/PROYECTO-ITU-ZERO-2018-2020.pdf

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Soporte Vital Básico (SVB) (4.10)

Ante cualquier situación de emergencia el MODO DE ACTUACIÓN será:

PROTEGER
- A uno mismo y a las víctimas.
- Valorar la situación.
- Medidas para evitar riesgos adicionales.

ALERTAR
- Llamar al 112

SOCORRER
- Tranquilidad
- Priorizar

Si la victima está Inconsciente pero Respira, debemos evitar que la base de la lengua obstruya las vías respiratorias.

POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD.

- Reducir al mínimo el movimiento de la víctima.
- Mantener cabeza, cuello y tronco en línea recta.
- Permite salida de secreciones → evitar las broncoaspiraciones -> Evita que la lengua obstruya las vías respiratorias.
- Permite valorar la respiración y el pulso.

¡NO TRAUMATISMOS IMPORTANTES!



1 Con el paciente boca arriba, colocaremos el brazo que tenemos más cerca formando un ángulo recto.



2 Cruzaremos el otro brazo colocándole el dorso de la mano sobre la mejilla contraria.



3 Flexionaremos la pierna que nos queda más alejada y giraremos el cuerpo hacia nosotros.



4 Rectificaremos la posición de la cabeza para mantener la vía aérea abierta.

Ajustar mano debajo de la mejilla para mantener la cabeza inclinada y hacia abajo para evitar broncoaspiración

¡REVALUACIÓN!

RECUERDA:
- No dar de comer, beber o fumar a la víctima.
- No alterar el estado emocional con comentarios inapropiados.
- Retirar objetivos que puedan ser lesivos.

¡Reevaluar!

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Si la victima está Inconsciente y No respira.
La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) es la Interrupción brusca, Inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontáneas.

- PCR: Interrupción brusca, Inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontáneas.
- RCP: Maniobras estandarizadas de aplicación secuencial encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo la circulación espontánea e Intentando su recuperación.
- Soporte Vital: Concepto RCP + reconocimiento de las situaciones de emergencia + alertar +intervención precoz.

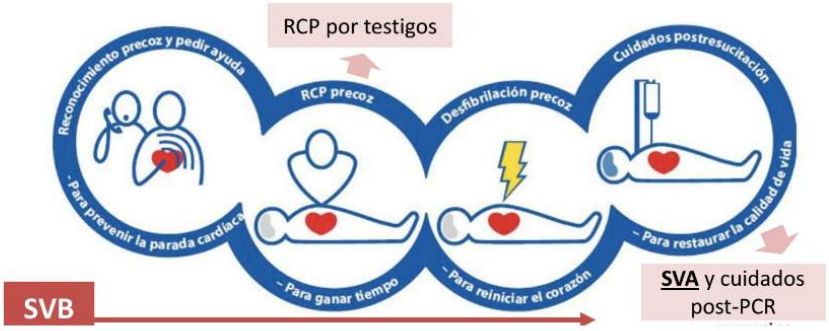
Soporte Vital Básico (SVB)

- Sin ningún material, excepto dispositivos barrera.
- Compresiones torácicas (CT) + ventilaciones.
- Instrumentalizado (SVB-I): + DESA.

Soporte Vital Avanzado (SVA)

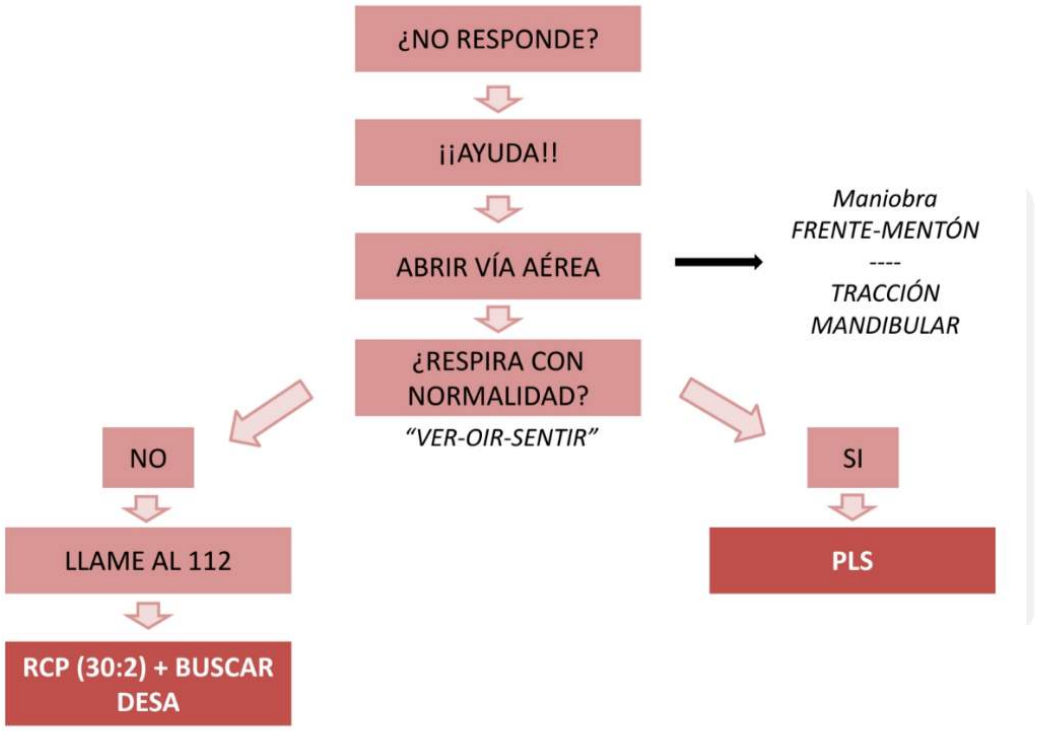
- Personal entrenado.
- Material necesario y fármacos.

•Cadena de Supervivencia: Secuencia de acciones realizadas ante una situación de PCR y que van encaminadas al reconocimiento precoz de la situación de urgencia y la activación de los servicios de emergencia.





Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



1. SEGURIDAD.

PERSONAL, VÍCTIMA Y TESTIGOS DEBEN ESTAR SEGUROS.
Mantener la calma.

¡NO ARRIESGAR LA VIDA EN CASO DE PELIGRO!

2. COMPROBAR CONSCIENCIA

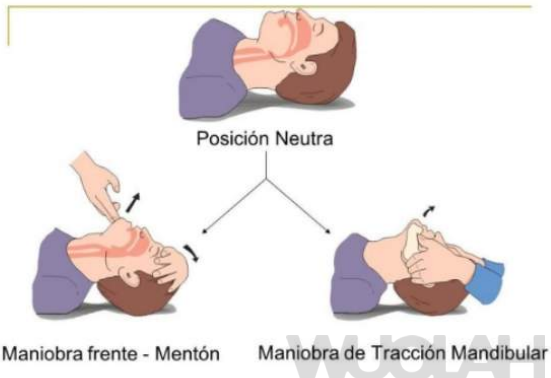
Sitúese al lado de la víctima y realice estímulos de intensidad progresiva.

- Ej. ¿Está bien? → Zarandearle los hombros.
  - Responde: Dejar en la misma posición → ¿Qué ha ocurrido?
  - No responde = Inconsciente → GRITAR PIDIENDO AYUDA.

- Alerta: Sujeto sano, en vigilia. Despertar completamente normal.
- Somnolencia: Paciente se distrae fácilmente. Respuestas lentas.
- Obnubilación/Letargo: Lo anterior + desorientación temporo-espacial prácticamente constante.
- Estupor: Dormido, sólo responde a estímulos vigorosos.
- Coma: Inconsciente. Falta de respuesta a cualquier tipo de estimulo.

3. ABRIR LA VÍA AÉREA

- Maniobra FRENTE-MENTÓN.
  - Una mano sobre la frente y las yemas del segundo y tercer dedo de la otra mano en el mentón. Se desplaza la frente hacia atrás y se eleva el mentón.
- Si riesgo de lesión cervical: TRACCIÓN MANDIBULAR.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

4. VALORAR RESPIRACIÓN

10 segundos



- "VER, OÍR Y SENTIR"
  - Ver movimiento torácico.
  - Oír en la boca de la víctima los ruidos respiratorios.
  - Sentir el aire en la mejilla.
- Decida si la respiración es normal, anormal o no existe. En caso de duda → no respira.

→ Iniciar RCP en cualquier persona que "no responda a estímulos y tenga respiración ausente o anormal" .

La respiración agónica puede estar presente hasta en el 40% de las víctimas en los primeros minutos después de la parada cardiaca, y si se responde tomándola como un signo de parada cardiaca, se asocia con mayores tasas de supervivencia.



5. RCP (Adultos)CONSIDERACIONES

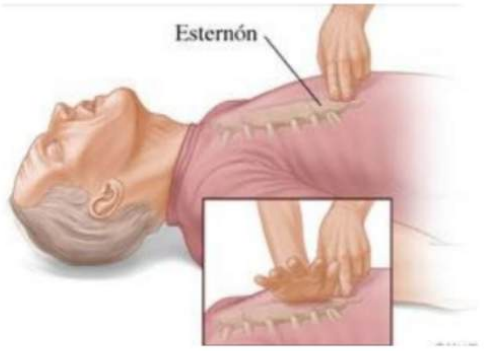
30 COMPRESIONES TORÁCICAS (CT)

- Víctima en decúbito supino + desnudar tórax.
- Arrodillarse a un lado de la víctima.
- Talón de una mano en el centro del tórax y sobre ella el talón de la otra, y entrelazar los dedos de ambas manos.

5. RCP (Adultos) COMPRESIONES TORÁCICAS DE ALTA CALIDAD.

- Iniciar las CT lo antes posible.
- Realizar las CT en la mitad inferior del esternón ("en el centro del pecho").
- CT hasta una profundidad de al menos 5 cm pero no más de 6 cm.
- CT a un ritmo de 100 a 120 cpm con el menor nº de interrupciones posibles.
- Dejar que el tórax se reexapnda completamente después de cada compresion.
- Realizar las CT sobre una superficie firme siempre que sea posible.

2 VENTILACIONES DE RESCATE.



- No quiera/pueda -> Sólo CT.
  - Si no se sabe ventilar = CT ininterrumpidas.
- Abrir la VA y pinzar la nariz (Maniobra frente - mentón).
- Inspirar profundamente.
- Técnica boca-boca:
  - Sellar boca de la víctima. Uso de dispositivo barrera.
  - Administrar aire durante 1 segundo.
  - Observar que el tórax se eleva.
  - *Si no se eleva: reevaluar maniobra y descartar posible obstrucción.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

5. RCP Pediátrica (diferencias)

VENTILACIONES

- **¡5 RESPIRACIONES DE RESCATE AL INICIO!** → 15:2
- Técnica boca-boca / boca – boca y nariz.
- Lactante en posición neutra (alinear cabeza y tórax).
- Se les debe practicar la RCP convencional (ventilación de rescate y compresiones torácicas) → carácter asfíctico.
  - *Si es incapaz de ventilar: realizar CT de manera continua; añadir ventilaciones tan pronto como sea posible*

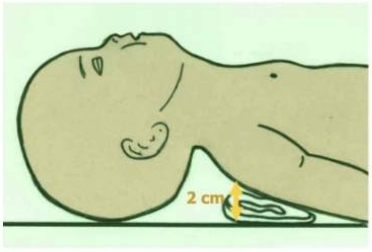
15 COMPRESIONES TORÁCICAS (CT)

- Frecuencia: 100-120 cpm.
- Profundidad:
  - 4 cm en lactantes
  - 5cm en niños
  - Adolescentes = adultos
- ¡Descompresión torácica!
- < 1 año: con 2 dedos.
- >1 año: 1 o dos manos.

PASO A PASO



- Brazos rectos, de forma perpendicular al tórax y codos estirados.
- Dejar caer el peso de nuestro cuerpo sobre el pecho de la víctima.



- **Lactante en posición neutra**: el eje de la oreja alineado con el eje del tórax.

OBSERVACIONES.

- 2 REANIMADORES:
  - Uno compresiones; otro ventilaciones. (Primero uno de ellos debe ALERTAR)
  - Cambiar cada 2 minutos → 5 ciclos de 30:2.

- 1 REANIMADOR:
  - Llamar al 112 (si es posible, activar manos libres) → RCP.

- En caso de que el reanimador no quiera/pueda ventilar, la RCP se centra en realizar compresiones a un ritmo de 100 - 120 por minuto minimizando las interrupciones.
- Cada 2 minutos (cambio reanimadores) se debe revaluar la respiración mediante la técnica "ver, oír y sentir" durante 10s. (máximo)

¡DISPONER, TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, DE UN DESFIBRILADOR!

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

CAUSAS FINALIZACIÓN RCP:

- Recuperación de la circulación y respiración espontáneas.
- Se confirma enfermedad incurable.
- Reanimador exhausto.
- Tras 30' de RCP sin actividad eléctrica (excepto en hipotermia)
- +10' sin RCP (excepto en ahogados, hipotermia e intoxicación por barbitúricos)

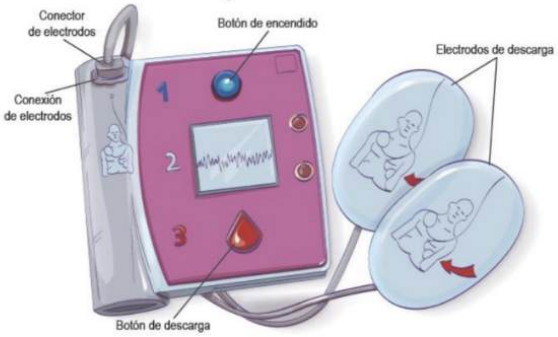
EXCEPCIONES AL INICIO DE LA RCP:

- Signos de muerte biológica.
- Consecuencia de enfermedad incurable o proceso terminal.
- Más de 10 minutos de evolución sin haber aplicado maniobras.
- Riesgo para el reanimador.
- Heridas incompatibles con la vida.

DESA

•Desfibrilación: utilización de un impulso eléctrico que atraviesa el corazón para estimular (despolarizar) a las células cardiacas y permitir al corazón retomar su ritmo eléctrico normal u otro eficaz.

•DESA: El reanimador es quién decide si se administra o no el choque eléctrico.



SE ENCIENDE EN CUANTO SE TIENE Y SE SIGUEN LAS INSTRUCCIONES!

1. Ponerlo en funcionamiento y aplicar los electrodos en el pecho desnudo del paciente.
   - •Si hay más de un reanimador, continuar RCP mientras se colocan los electrodos.
   - •Un parche debajo de la clavícula derecha; el otro en la parrilla costal izquierda, a nivel del ápex cardíaco.
2. Descarga aconsejada (ritmo desfibrilable):
   - •Asegurarse de que nadie toca a la víctima.
   - •Apretar el botón de descarga.
   - •Reiniciar maniobras de RCP durante 2' y seguir instrucciones del DESA.
3. Descarga no indicada (ritmo no desfibrilable):
   - •Reiniciar inmediatamente RCP durante 2'.
   - •Seguir instrucciones del DESA.

OBSERVACIONES.

- •Rasurar el vello si dificulta la colocación de electrodos.
- •Secar el pecho del paciente si está húmedo.
- •No colocar electrodos sobre objetos metálicos. Si esposible, retirarlos.
- •Abrigar a la víctima si muestra signos de hipotermia.
- • Tras RCP exitosa, valorar y tratar las posibles quemaduras ocasionadas por el DESA.

Los reanimadores legos pueden realizar con seguridad las compresiones torácicas y utilizar un DESA.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE)

Persona incapaz de hablar o respirar, especialmente si se encontraba comiendo.

Aparición repentina de tos, arcadas, estridor, angustia ...

ACTUACIÓN EN ADULTOS

¡¡ANIMAR A TOSER!!

OBSTRUCCIÓN LEVE

- Habla y/o tose.
- Animar a toser.



OBSTRUCCIÓN GRAVE

- No habla, no tose ni emite sonidos.
- 5 golpes en la espalda + 5 compresiones abdominales (Heimlich)

Seguir alternando estas maniobras hasta que se resuelva la obstrucción o la víctima quede inconsciente → RCP

GOLPES INTERESCAPULARES.

- Inclinar a la víctima hacia delante.
- Aplique hasta 5 golpes entre las escápulas/omóplatos utilizando el talón de una mano.



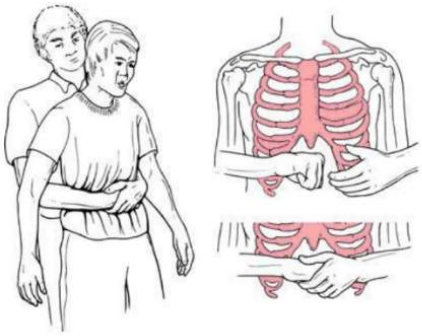
MANIOBRA DE HEIMLICH

= COMPRESIONES ABDOMINALES.

1. Colocarse detrás de la víctima con los brazos alrededor de la parte superior de su abdomen.
2. Inclinar a la víctima hacia delante.
3. Apretar el puño y colocarlo entre el ombligo y la caja torácica.
4. Agarrar el puño con la otra mano y tirar bruscamente hacia dentro y hacia arriba.

Si la obstrucción no se ha aliviado, continuar alternando

- 5 golpes en la espalda con 5 compresiones abdominales.



Tirar bruscamente hacia dentro y hacia arriba

ACTUACIÓN ADULTOS: OBSTRUCCIÓN GRAVE



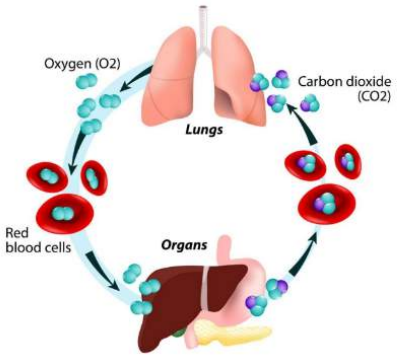
Seguir alternando estas maniobras hasta que se resuelva la obstrucción o la víctima quede inconsciente → RCP.

WUOLAH

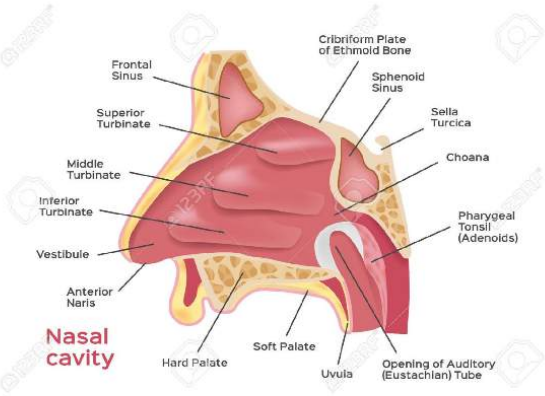
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

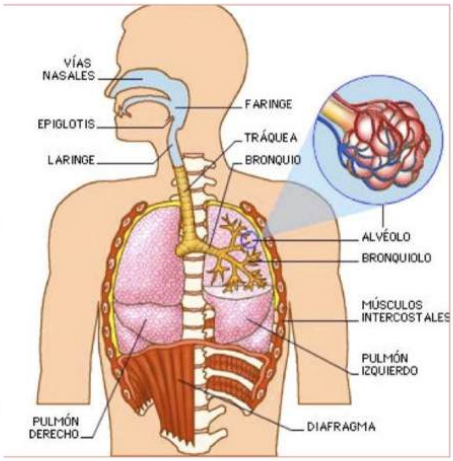
APARATO RESPIRATORIO (4.11)

MANTENER EL INTERCAMBIO DE GASES NECESARIO PARA LA PRODUCCIÓN DE ENFERGÍA QUE REQUIERE EL ORGANISMO.



En condiciones normales, el intercambio se produce entre 12 y 15 veces por minuto → FRECUENCIA RESPIRATORIA (FR).





- Cavidad nasal: acondicionamiento del aire inspirado.
- Faringe: Paso del aire y los alimentos.
- Laringe: Fonación.
- Tráquea.
- Bronquios → Bronquiolos.
- Pulmones: órganos principales del aparato respiratorio.

Valoración de enfermería.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Inspección.
- Palpación.
- Percusión.
- Auscultación.

SINTOMAS RESPIRATORIOS:

- Sintomatología.

INSPECCIÓN.

NARIZ Y FOSAS NASALES.

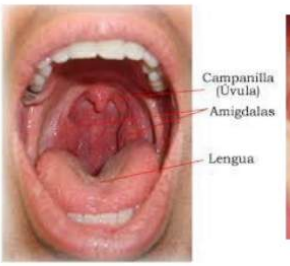
- Permeabilidad y simetría.
- Mucosa: rosada, húmeda y sin edema.
- ¿Aleteo nasal? = Dificultad respiratoria.
- ¿Secreciones? Consistencia, olor, color, hemorragia.
  - Malolientes y purulentas = Cuerpo extraño (CE)
  - Sanguinolentas = Traumatismos.
  - Espesas y mucosas = Infecciones.
  - Rinorrea acuosa = alergias.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

BOCA Y FARINGE

- Mucosa: sonrosada, húmeda y sin inflamación
- ¿Exudados y ulceraciones?
- Lengua, úvulas y amígdalas palatinas.

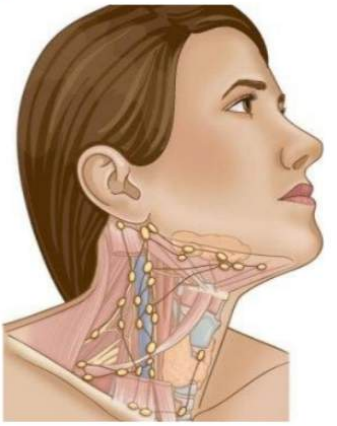






CUELLO.

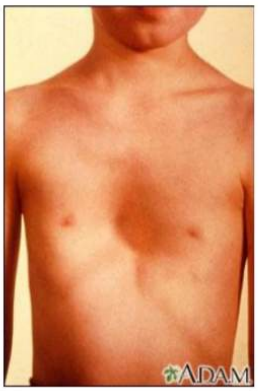
- Simétrico.
- Tráquea en la línea media.
- No deben palparse ganglios.
  - EXPLORACIÓN.
    - -Paciente sentado.
    - -Cuello ligera flexión lateral.



TÓRAX Y PULMONES

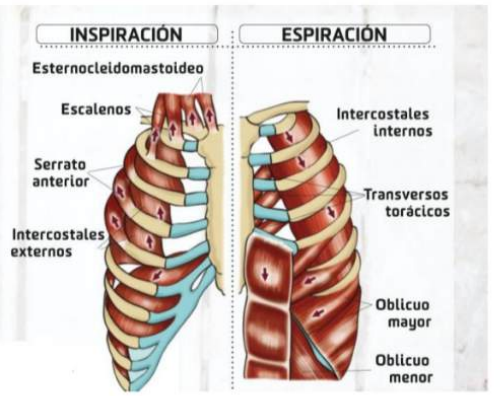
- Tórax anterior y posterior.
- Forma:
  - Oval.
  - Simétrico.
- Alteraciones del esternón:
  - Protusión → Pectus carinatum.
  - Excavación → Pectus excavatum.





TÓRAX Y PULMONES.

- Movimientos torácicos en la ventilación:
  - Simétricos.
- ¿Tiraje?
  - Movimiento anormal del tórax durante la respiración.
    - = Trabajo respiratorio excesivo por dificultad respiratoria.



PATRÓN RESPIRATORIO.

EUPNEA	**Normal** (12-20 rpm)
BRADIPNEA	< 12 rpm
TAQUIPNEA	>20 rpm
APNEA	AUSENCIA RESPIRACIÓN

➢ **MATERIAL**: →

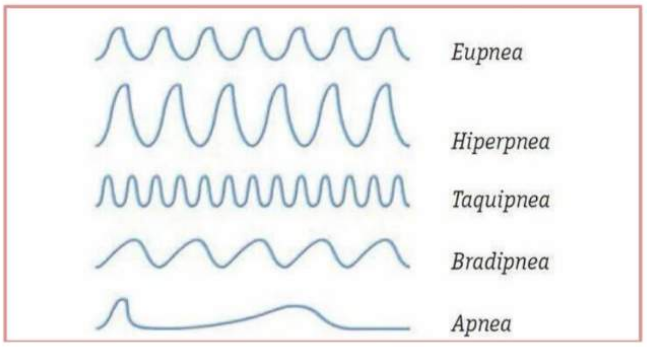


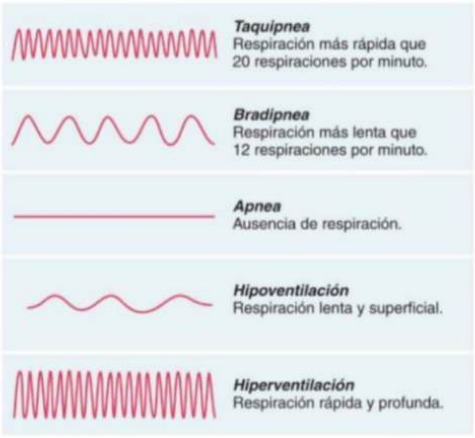
➢ **TÉCNICA:** →



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

PATRONES RESPIRATORPIOS ANORMALES	
Apnea	Ausencia de respiración
Taquipnea	> 20 rpm
Bradipnea	< 12 rpm
Hiperpnea	Aumento anormal de la profundidad y la frecuencia.
Otras	Respiración *de Biot, Cheyne – Stokes, Kussmaul*





- **Hiperventilación**: ↑ velocidad y profundidad
- **Hipoventilación**: ↓ velocidad y profundidad

PROFUNDIDAD DE LA VENTILACIÓN

- Profundas: expansión total de los pulmones.
- Superficiales: solo pasa una pequeña cantidad de aire.

FRECUENCIA RESPIRATORIA (FR)

- Adultos: 12-20 rpm
- Bebés: 30-40 rpm
- Ancianos: 12-16 rpm

SATURACIÓN DE OXÍGENO (Sat. O_2)

- **%**
- >95%

CIANOSIS.

•Coloración azulada o lívida de la piel y mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre.





WUOLAH

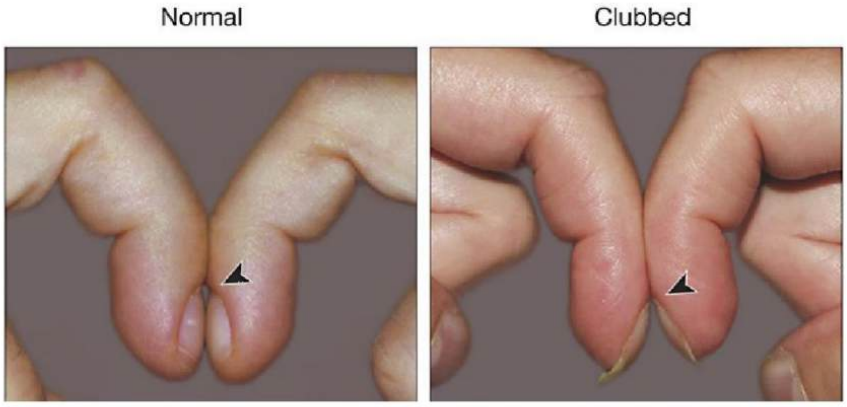
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

ACROPAQUIA O DEDOS EN PALILLO DE TAMBOR

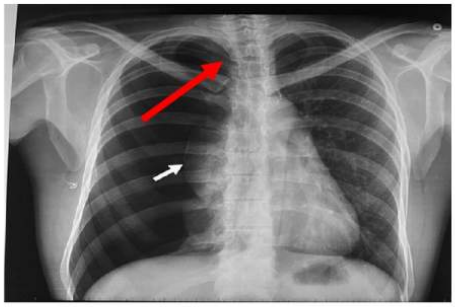
- Agrandamiento indoloro de las falanges terminales de los dedos de las manos.
- Curvatura anómala de la uña, normalmente bilateral.
- Causado por hipoxemia crónica.







PALPACIÓN



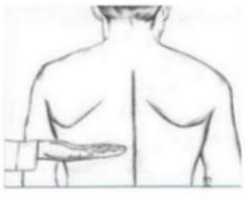
TRÁQUEA.

- Explorar con los dedos situados a ambos lados de ella.
- Posición normal: línea media.
  - Desviación = Anormal.

FRÉMITO.

- Vibración de la pared torácica producida por la vocalización.
- Más intenso en el 1º y 2º espacio intercostal, justo al lado del esternón y entre las escápulas.
- Simetria.





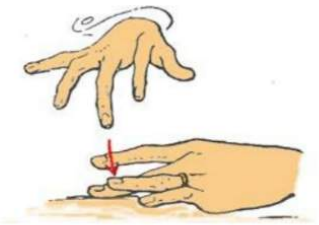


Técnica: se aplica la mano mientras que el paciente pronuncia palabras vibrantes (33, carretera, noventa y nueve). Si no se percibe bien las vibraciones se le pide al paciente que disminuya el tono de su voz. Debemos comparar de manera simétrica ambos lados del tórax de manera sucesiva con la misma mano.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

PERCUSIÓN



Tórax anterior.

- Paciente semisentado o en supino.
- Explorar: De arriba (clavículas) hacia abajo.
- Sonido resonante y sonoro (=hueco, aire), a excepción del área de matidez cardiaca.

Tórax posterior.

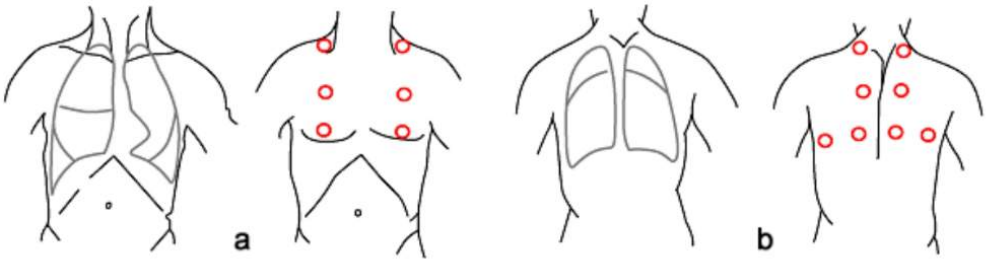
- Paciente ligeramente inclinado hacia delante y con los brazos doblados.
- Tórax debe resonar sobre el tejido pulmonar hasta el diafragma.
  - Ejemplos de sonidos que podemos encontrar: Sonoro, timpánico, mate ...

AUSCULTACIÓN.

- ¿Cómo?
  - Paciente respira normal y de forma suave por la boca.
  - Comparar simétricamente las áreas de ambos lados del tórax.
  - Estetoscopio: Sobre tejido pulmonar. NO Sobre prominencias oseas.

ESCUCHAR MÍNIMO 1 CICLO RESPIRATORIO

- Valorar:
  - Tono.
  - Duración del sonido.
  - Presencia de ruidos patológicos.



Sonidos Respiratorios.

- Durante la inspiración el aire pasa por diferentes estructuras → corriente de aire → diferentes sonidos respiratorios.
- Normal:
  - Vía aérea superior: De forma fisiológica no se produce ningún sonido.
  - Zona respiratoria de intercambio: Sonido más suave y sin turbulencias.
    - Murmullo vesicular.

SONIDOS RESPIRATORIOS ANORMALES

- Estridor.
- Roncus.
- Estertores / Crepitantes.
- Sibilancias.
- Roce pleural.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

DISNEA

Sensación subjetiva de falta de aire.



AGUDA / CRÓNICA	• Crisis asmática, crisis ansiedad... • Ca. Pulmón, obesidad, EPOC...
ORTOPNEA	• En decúbito supino • Mejora al sentarse o incorporarse
DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURA	• Aparece bruscamente y despierta al paciente –> Incorporarse. • **No aparece nada más adoptar la posición de decúbito.**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Valorar, identificar y diferenciar los de diferentes tipos.
- Favorecer la ventilación.
- Disminuir la ansiedad.
- Registro.

TOS Y EXPECTORACIÓN

- Tos: mecanismo de expulsión forzada del aire de los pulmones que arrastra, si hay, cuerpos extraños y secreciones.
  - Voluntaria / Refleja.
  - Productiva / No productiva.

SÍNTOMA MÁS FRECUENTE DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA.

- Expectoración: Expulsión de secreciones del árbol bronquial mediante la tos.
  - Mucosas: transparentes y pegajosas.
  - Serosas: transparentes y muy fluidas.
  - Purulentas: color amarillo o verdoso.
  - Hemoptoicas: oscuras, rojas, contienen sangre.

NORMAL = 100 ml/día

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA



- Valorar y diferenciar los diferentes tipos de tos.
- Valorar y diferenciar los diferentes tipos de secreciones.
- Proporcionar los medios necesarios para la expectoración.
- Realizar fisioterapia respiratoria si procede.
- Ayudar a fluidificar (fármacos/hidratación)
- Mantener una buena higiene bucal y nasal.
- Registro

CIANOSIS

- Signo respiratorio de vital importancia.
- Coloración azulada de la piel y mucosas debido a un aumento de la Hb no oxigenada en sangre.

TIPOS:

- Cianosis central: Oxigenoterapia.
- Cianosis periférica: Calentar extremidades.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Valorar mediante inspección de mucosas (boca, labios), nariz, orejas y extremidades de los dedos.
- Monitorización respiratoria y oxigenoterapia si precisa.
- Registro.

HEMOPTISIS.

- Expulsión de sangre del centro respiratorio mediante el mecanismo de la tos.
  - Leve: Hilos de sangre.
  - Masiva.
- Causas + frecuentes: Infecciones pulmonares, bronquiectasias, abscesos pulmonares, Ca. Broncopulmonar.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Diferenciarla de la hematemesis.
- Cuantificar el volumen de la hemorragia.
- No practicar fisioterapia respiratoria.

DOLOR TORÁCICO



- Centrotorácico irradiado a espalda, hombros, brazos o mandíbula.
- Palidez + sudoración.
- Nauseas, MEG.
- Manifestaciones vagales.
- Sensación de muerte inminente.



- Aumenta con la tos y la respiración profunda.
- De tipo punzante o quemazón.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Identificar el dolor torácico de origen respiratorio y valorar las características de la respiración.
- Evitar movilizaciones innecesarias administrar analgesia si procede.
- Observar y evaluar los cambios de sintomatología.
- Registrar.



TÉCNICAS RESPIRATORIAS.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

- Drenaje postural
- Percusión y vibración
- Ejercicios de respiración
- Espirometría

OXIGENOTERAPIA

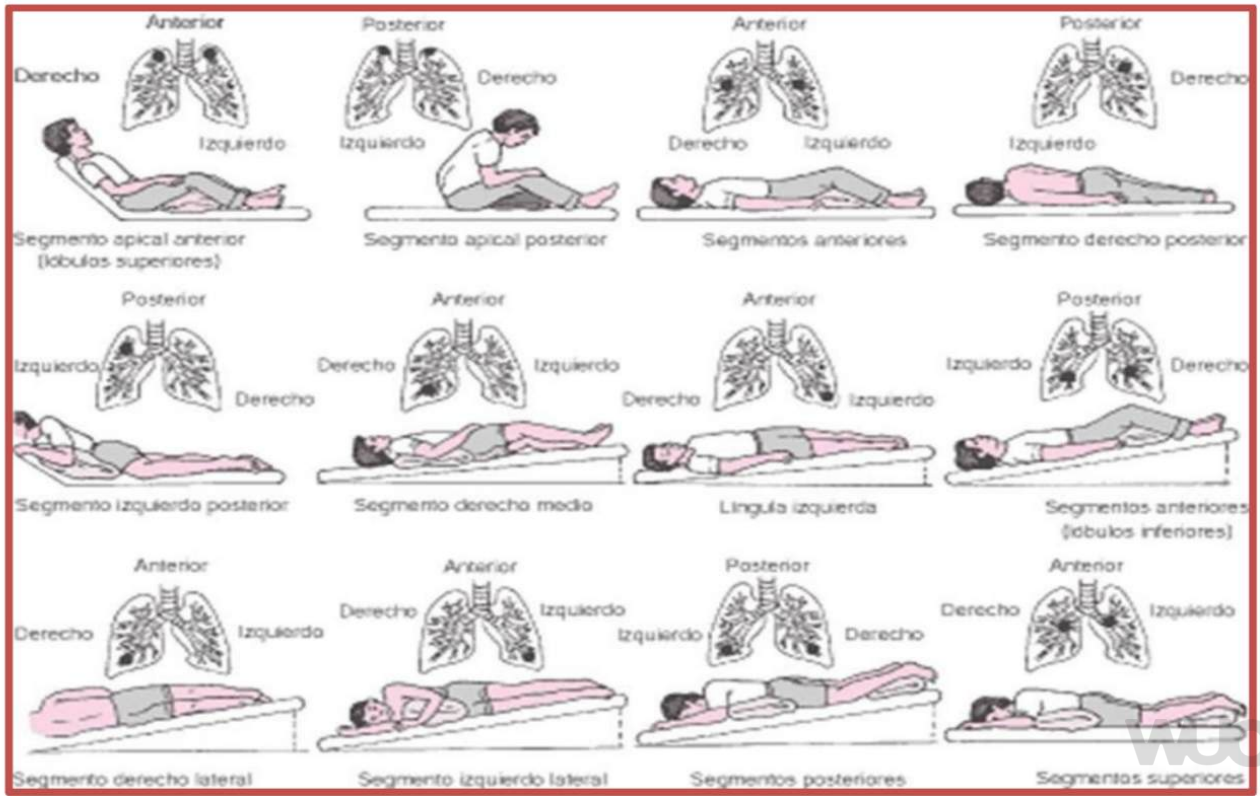
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

AEROSOLTERAPIA

DRENAJE POSTURAL

- Aprovechar la posición del cuerpo para que la fuerza de la gravedad facilite la expulsión de secreciones.
- Comodidad y confort.
- Buena higiene.

- Lóbulos superiores: sentado o semisentado.
- Bases pulmonares: Decúbito prono y Trendelemburg.
- Lóbulos laterales: decúbito lateral.



Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

PERCUSIÓN Y VIBRACIÓN.

ERCUSIÓN / CLAPPING:

- Golpes suaves y rítmicos sobre segmento pulmonar afectado.
- Palma de la mano ahuecada.



VIBRACION:

- Manos o puntas de los dedos sobre la pared torácica, sin despegarlas, generando Vibración durante la espiración.



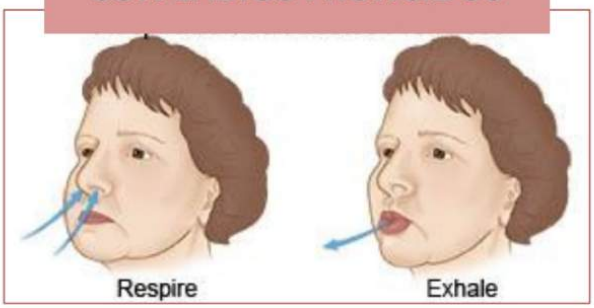
EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN.

RESPIRACIÓN DIAGRAGMÁTICA



- Aumenta tono del diafragma.
- Disminuye trabajo respiratorio
- Mejora ventilación

CON LABIOS FRUNCIDOS



- Mejorar eficacia de la respiración.
- Control de la disnea

ESPIROMETRÍA POR INCENTIVO.



- OBJETIVO: Ayudar a la apertura alveolar cuando están ocluidos o tienen riesgo de estarlo.
- TIPOS:
  - De volumen: Ajustar volumen según tolerancia.
  - De flujo: Inspiraciones profundas y lentas.

ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO.



MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN	
BAJO FLUJO	**ALTO FLUJO**
• Cánulas nasales • Mascarilla simple • Mascarilla reservorio	Mascarilla Venturi

....w.usi.es

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

- **BAJO FLUJO**
  - Cánula nasal
    - 1-4l/min
    - FiO_2 21-40%
    - Más cómoda
  - Mascarilla simple
    - 4-8l/min
    - Concentración de O_2 40-60%
  - Mascarilla + Reservorio
    - 10l/min
    - FiO2 85-100%
    - Válvula unidireccional

- **ALTO FLUJO**
  - VENTIMASK
    - 24-50%
    - Ventana regulable

- **Oxymask®**
  - Novedoso
  - Mascarilla abierta = Beneficioso
  - 1-15 l/min



GAFAS NASALES



VENTIMASK



RESERVORIO





+



+



- Fuente de suministro de O_2
- Flujómetro / Caudalímetro
- Humidificador

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

- Orotraqueal.
- Nasotraqueal.
- A través de traqueostomía.
- A través de tubo endotraqueal.

COMPLICACIONES.

- Limpieza ineficaz.
- Ansiedad.
- Infecciones.
- Lesiones.
- Hipoxia.
- Etc. ...



CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Durante aspiración, vigilar:
  - Signos de hipoxia.
  - Broncoespasmo.
  - Hemorragia.
  - Arritmias.
  - Dificultad de la progresión de la sonda.
  - Reflejo vasovagal.
- Si monitorizado, vigilar constantes.
- Vigilar permeabilidad de la vía aérea.
- Higiene bucal adecuada.
- Hidratar.
- Vigilar signos y síntomas de infección.
- Verificar correcto funcionamiento de aspiradores, conexiones, etc.
- Limpieza.
- Registrar.

AEROSOLTERAPIA.

- Método de tratamiento basado en la administración de sustancias en forma de aerosol por vía inhalatoria.
- Utilizar fármacos en dosis muy pequeñas y hacerlos llegar casi exclusivamente al lugar dónde van a desarrollar su acción.

OBJETIVOS:

- Hidratar mucosas.
- ↑ Reflejo de la tos.
- Aliviar la inflamación.
- Administrar fármacos.



Cartucho presurizado



Dispositivo de polvo seco



Dispositivo de niebla fina



Cámaras de inhalación



Nebulizadores

WUOLAH

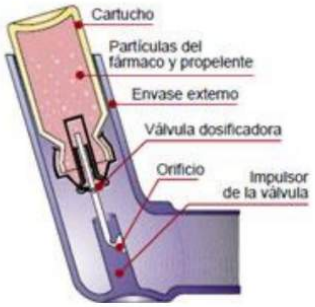
Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

NEBULIZADORES (Hudson)



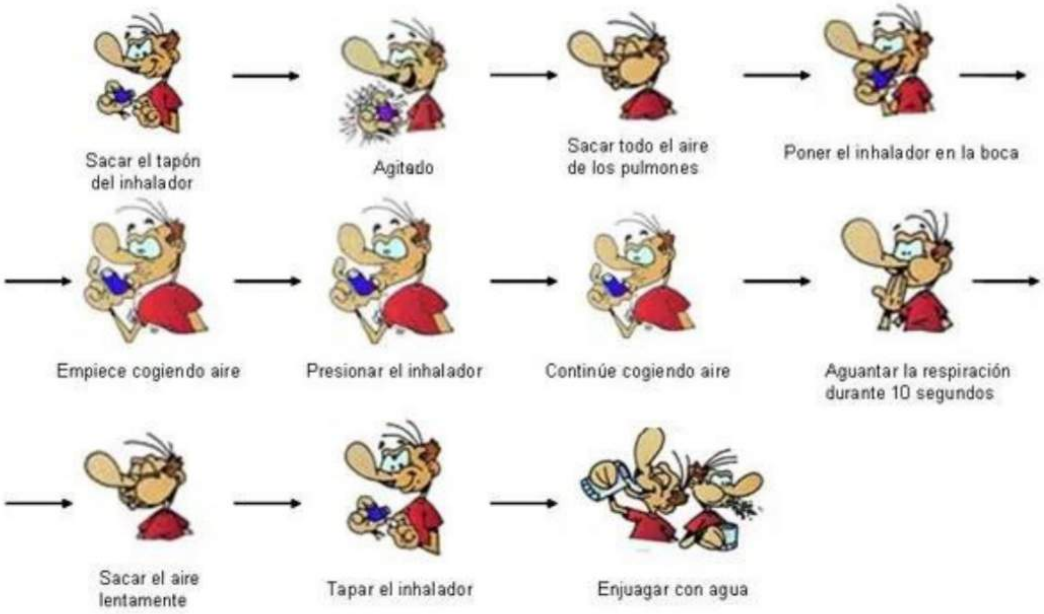
- Se introduce el líquido/fármaco a nebulizar.
- Diluir el fármaco con suero fisiológico.
- Es necesario una fuente de energía (aire u oxígeno) para hacer funcionar el nebulizador.

CARTUCHO PRESURIZADO.



- De dosis medida.
- Funcionamiento: Producción de aerosolización utilizando un gas a alta presión como propelente del fármaco.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Poco peso.	Coordinación del paciente.
Fácil transporte.	Bien agitado antes de usarse.
No precisa mucho mantenimiento.	Mal control de la dosis.



CÁMARA DE INHALACIÓN.

- Recipientes que se conectan al inhalador en cartucho presurizado → en su interior se pulveriza la nube de aerosolización.
  - Enlentecimiento del flujo del aerosol.
  - ↓ Impacto sobre orofaringe.
- Válvula unidireccional.



VENTAJAS	INCONVENIENTES
No precisa coordinación.	Tamaño.
↓ Candidiasis oral.	
↑ Depósito pulmonar aunque no buena técnica.	

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



DISPOSITIVOS DE POLVO SECO.

- El propio flujo inspiratorio generado por el paciente arrastra y/o provoca fragmentación de las partículas.
- Fármacos en polvo. No necesitan propelente.
- Monodosis y multidosis → contador.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Reducido tamaño.	Flujo inspiratorio generado por el paciente.
Depósito pulmonar mayor al resto.	
No precisa coordinación	Espiración en la boquilla puede dispersar dosis.
Indicador dosis.	



DISPOSITIVOS DE NIEBLA FINA.

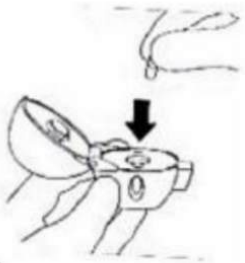
- Fármaco diluido en cartucho.
- No necesitan propelente.
- Energía generada por un resorte que lo comprime.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
No hay que agitar. No propelentes	Pocos fármacos disponibles.
Reducido impacto orofaríngeo.	
Fácil coordinación	Se ha de cargar el cartucho.
Contador de dosis.	



WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

CONSEJOS QUE NO DEBE OLVIDAR PARA LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS INHALADORES					
PASOS COMUNES A LOS DISTINTOS SISTEMAS DE INHALACIÓN	**HIGIENE DEL SISTEMA**	**CARTUCHO PRESURIZADO MÁS CAMARA INHALATORIA**	**SISTEMA DE POLVO SECO TURBUHALER**	**SISTEMA DE POLVO SECO ACCUHALER**	**SISTEMA DE POLVO SECO HANDIHALER**
1. Destapar el inhalador • Agitar si es presurizado • Cargarlo si es de polvo seco 2. Sacar todo el aire de los pulmones 3. Ajuste la boquilla del sistema elegido a los labios 4. Coja aire por la boca • Profundamente a través del dispositivo cuando se trata de polvo seco • Si utiliza cartucho presurizado, a la vez dispare el inhalador 5. **Retenga el aire en los pulmones 10 segundos** (no respire 10 segundos) 6. Si precisa una segunda dosis debe esperar 30 segundos 7. No olvide enjuagarse la boca después de su utilización	• Limpie periódicamente su sistema de inhalación • Limpie la cámara y el plastico del cartucho presurizado con agua y jabón, una vez a la semana y séquelo minuciosamente  • Los sistemas de polvo seco se limpian con un trapo seco **NUNCA CON AGUA** Guardándolos en un lugar seco	1. Quite el tapón del cartucho 2. Agite el inhalador y ajústelo en la cámara 3. Saque el aire a través de la boquilla de la cámara   4. Presione el inhalador dentro de la cámara (máximo 2 veces) 5. Si son necesarios más dosis repita los pasos 3 y 4	1. Quite el tapón 2. Cuando saque el aire no sople por la boquilla 3. Gire el disco inferior: primero a la derecha y luego hacia la izquierda, hasta que haga "clip" 4. Cuando aparece una señal de color rojo significa que quedan unas 20 dosis 	1. Deslice el protector de la pieza bucal 2. Baje la palanca lateral hacia abajo  3. Si son necesarias más dosis cierre el inhalador y empiece otra vez 4. El numero de dosis que quedan está indicado en el dispensador	1. Levante la tapa superior 2. Abra la boquilla levantándola 3. Meta una cápsula en el orificio y cierre la boquilla  - 4. Perfore la cápsula presionando la palanca de la derecha 5. Abra la boquilla y retire la cápsula

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Instruir al paciente una buena higiene bucal.
- Mantener la piel peribucal limpia y seca.
- Enjuagar tras la administración.
  - Evitar irritación y candidiasis.
- Vigilar posibles zonas de presión.
- Detectar tolerancia al fármaco y/o efectos colaterales.

WUOLAH

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.