

MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS
DE ENFERMERÍA

SERVICIO DE MEDICINA
Corrección 2011

ELABORADO POR DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA AÑO [REDACTED]

CORRECCIONES AÑOS [REDACTED]

REALIZADO POR [REDACTED]

CORREGIDO AÑO 2011 POR: LIC. ENF. GLADYS MINONDO

LIC. ENF. MARÍA CHIARELLI

INDICE

OBJETIVOS

A

Abducción

Movimiento de separación de un miembro respecto al cuerpo

Abrasión

Erosión de la epidermis por raspadura o rozamiento; puede ocasionar una hemorragia localizada y posteriormente salida de líquido seroso.

Adaptación

Proceso a través del cual se producen cambios en cualquiera de las dimensiones de la persona como respuesta al estrés.

Aducción

Movimiento de aproximación de un miembro respecto al cuerpo.

Apirético

Sin fiebre.

Aflicción

Respuesta a una pérdida por fallecimiento; experiencia subjetiva de quien pierde una persona con la que mantenía una relación significativa.

Agentes

Elementos del modelo de salud y enfermedad agente-huésped-medio ambiente; factores biológicos, químicos, físicos o mecánicos o psicosociales cuya presencia o ausencia puede conducir a enfermedad.

Agresión

Amenaza ilegal o daño a otra persona.

Aislamiento

Separación de un paciente de otros pacientes para evitar la diseminación de la infección o para protegerle de factores ambientales irritantes.

Amplitud de movimiento

Rango de movilidad de una articulación, desde la extensión máxima a la flexión extrema, medida que se expresa en grados de círculo.

Anorexia

Falta o pérdida de apetito que da lugar a incapacidad para ingerir alimentos.

Antropometría

Medición de diferentes partes del cuerpo con el fin de determinar el estado de nutrición, el nivel calórico, el desarrollo muscular, el crecimiento cerebral y otros parámetros.

Apnea

Cese del flujo de aire a través de la nariz y la boca. Cese de respiración.

Articulaciones

Conexiones entre huesos; clasificadas con arreglo a su estructura y grado de movilidad.

Asepsia

Ausencia de gérmenes o microorganismos.

Asepsia médica

Procedimientos utilizados para reducir el número de microorganismos y prevenir su diseminación.

Asepsia quirúrgica

Procedimientos utilizados para eliminar todos los microorganismos de un área. También denominada técnica estéril.

Atelectasia

Colapso de los alvéolos, que impide el intercambio respiratorio normal de oxígeno y dióxido de carbono.

Auscultación

Método de exploración física, consistente en escuchar los sonidos producidos por el cuerpo, generalmente con un estetoscopio.

Autonomía

Capacidad o tendencia a funcionar de forma independiente.

Afasia

Pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas tareas

Asistole

Detención de las contracciones cardiacas, particularmente de las contracciones ventriculares, permaneciendo el corazón inmóvil en diástole

Ausencia

Falta o privación de una cosa

Ansiedad

El **concepto** de **ansiedad** tiene su origen en el término latino *anxiētas*. Se trata de un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

Angustia

Estado afectivo de características penosas y tristes, que puede afectar a cualquier individuo y que aparecerá generalmente como la primera respuesta o reacción ante un peligro o impresión.

Apirético

Ausencia de fiebre

Ambulatorio

Adjetivo utilizado para designar enfermos o cuidados prestados en un hospital o clínica que no precisan ser internados o dormir en la institución.

Arritmia

Irregularidad o desigualdad en las contracciones del corazón (ritmo cardíaco)

Bienestar

Estado dinámico de salud en el que un sujeto evoluciona hacia un nivel más alto de funcionamiento, alcanzando un equilibrio óptimo entre los medios interno y externo.

Bolo

Masa redondeada de alimento masticado y listo para ser deglutido.

Medicación intravenosa diluida en pocos ml de suero fisiológico o agua estéril directo y lento.

Bradycardia

Caída de la frecuencia cardíaca por debajo de los valores normales (menos de 60 pulsaciones por minuto)

Bradipnea

Ritmo respiratorio anormalmente lento. Menos de 10 respiraciones en un minuto.

Balance Hídrico

equilibrio entre todos los recursos hídricos que ingresan al sistema y los que salen del mismo, en un intervalo de tiempo determinado

C

Caloría

Cantidad de calor requerida para elevar 1°C la temperatura de 1 lt. De agua a presión atmosférica; una kilocaloría o caloría grande, utilizada para representar los valores de energía de la comida, es mil veces mayor que una caloría pequeña, unidad utilizada en medicina para describir el intercambio de energía en el cuerpo.

Capa subcutánea

Capa continua de tejido conjuntivo que cubre toda la superficie corporal, entre la piel y la fascia profunda.

Caries dental

Trastorno destructivo de un diente causado por una interacción compleja entre la comida, especialmente los almidones y los azúcares, y las bacterias que forman la placa dental.

Cianosis

Coloración azulada de la piel y de las membranas mucosas debida a un exceso de hemoglobina reducida en la sangre o a un defecto estructural de la molécula de hemoglobina.

Colaboración

Trabajo conjunto de los miembros de un equipo sanitario en el desarrollo de la asistencia a un paciente o una colectividad.

Comportamientos observables

Aquellos comportamientos que muestra un determinado sujeto y que son observados por otra persona.

Comunicación

Serie de acontecimientos en curso y dinámicos que implica la transmisión de información de un transmisor a un receptor.

Comunicación interpersonal

Intercambio de información entre dos personas o entre las personas de un grupo pequeño.

Comunicación no verbal

Comunicación mediante signos, gestos, posturas y posiciones en lugar de palabras.

Comunicación terapéutica

Proceso mediante el cual la enfermera influye de forma consciente sobre el paciente o le ayuda a conseguir una mayor comprensión a través de la comunicación verbal y/o no verbal.

Comunicación verbal

Envío de mensajes de un individuo a otro, o a un grupo de sujetos, por medio de palabras habladas.

Consentimiento informado

Proceso de obtención de autorización por parte del paciente antes de someterle a una prueba o procedimiento específico, previa explicación de todos los riesgos, efectos secundarios y efectos beneficiosos.

Consulta

Proceso en que se pide ayuda a un especialista para encontrar vías de solución de problemas en el tratamiento del paciente o en la planificación y ejecución de determinados programas.

Crecimiento

Aspecto cuantitativo o mensurable del aumento de las medidas físicas de un sujeto.

Creencia moral

Convicción personal de que algo está absolutamente bien o mal en todas las situaciones.

Creencia de salud

Convencimiento personal del paciente acerca de los niveles de bienestar, que puede motivar o impedir la participación en las variaciones de los factores de riesgo, en la selección de cuidados y participación en la asistencia.

Crepitaciones

Ruidos burbujeantes finos percibidos durante la auscultación pulmonar; se producen al entrar el aire en las vías aéreas distales y en los alvéolos, cuando estos contienen secreciones serosas.

Cultura

Conjunto de rasgos no físicos, tales como valores, creencias, actitudes o costumbres, que comparte un grupo de personas y que se trasmite de una generación a la siguiente.

Convulsiones

Actividad eléctrica descontrolada del cerebro que puede conducir a movimientos musculares anormales, cambios en la conducta o pérdida de la consciencia.

Curación

La curación es el proceso por el cual las células en el cuerpo regeneran y reparan a reducir el tamaño de un área dañada o necrosada. La curación incorpora la eliminación de tejido necrótico y la sustitución de este tejido.

Cortopunzantes

Son aquellos que por sus características punzantes o cortantes pueden originar un accidente percutáneo. Dentro de éstos se encuentran: lancetas, agujas, restos de ampollas, pipetas, láminas de bisturí o vidrio, cuchillas de rasurar y cualquier otro elemento que por su característica pueda causar lesiones en la piel.

Colirio

Los colirios son preparados farmacéuticos que se aplican en los ojos y cuya función principal es la de desinflamar y desinfectar.

Confuso

Entendemos por paciente confuso aquel que ha perdido la capacidad para desarrollar un pensamiento claro y coherente. Esta situación se encuadra habitualmente en el contexto de un trastorno orgánico, aunque también puede aparecer en procesos psicóticos y acompañando a emociones intensas en trastornos neuróticos.

D

Datos objetivos

Información concreta que puede ser observada por otros; no se ve condicionada por sentimientos, sensaciones o prejuicios. En un paciente que es valorado por enfermería se dice que un dato objetivo es un dato concreto referente a su estado de salud.

Son datos medibles por escalas o instrumentos. Presión arterial, temperatura.

Datos subjetivos

Información reunida a partir de las manifestaciones del paciente; los sentimientos y percepciones del paciente. Información que sólo se puede verificar por inferencia.

Datos históricos: son los antecedentes de la persona . Son las referencias en el tiempo.

Defecación

Paso de las heces desde el aparato digestivo al exterior a través del recto.

Dermis

Capa vascular y sensible de la piel situada justo por debajo de la epidermis; está formada por tejidos conjuntivos fibrosos colágenos y elásticos que confieren a la dermis resistencia y elasticidad.

Desarrollo

Aspectos cualitativos u observables de los cambios progresivos que experimenta un individuo para poder adaptarse al entorno.

Diagnóstico de enfermería

Informe sobre un problema de salud real o potencial que la enfermera puede tratar legalmente y de forma independiente. Segunda fase del procedimiento de enfermería, durante la cual se determinan las respuestas anómalas del paciente, actuales o potenciales, a una enfermedad o a un estado.

Diástole

Período de tiempo comprendido entre las contracciones de las aurículas o los ventrículos, durante el cual la sangre entra en las cámaras relajadas.

Diplopía

Visión doble causada por una anomalía de los músculos extra oculares o de los nervios correspondientes.

Diuresis

Cantidad de orina excretada en 24 horas. Se puede medir horario o el monitoreo que se estime conveniente según el estado del paciente.

Documentación

Anotación escrita en la historia clínica del paciente de toda la información pertinente sobre el mismo. Estas anotaciones confirman los problemas y la asistencia del paciente y tienen valor de registro legal.

Dolor

Sensación subjetiva y molesta causada por la estimulación nociva de las terminaciones nerviosas sensoriales. Se puede medir de diferente forma.

Derivación

Hecho o acontecimiento que sigue o resulta de otro

Diálisis

Es un procedimiento que se realiza para retirar los elementos tóxicos (impurezas o desechos) de la sangre cuando los riñones no pueden hacerlo.

Drenajes

Es un término que hace referencia a la acción y efecto de drenar, en medicina drena una herida, cavidad o absceso; y logra la salida de líquidos excesivos o anormales.

Dilución

Es una mezcla homogénea, a nivel molecular de una o más especies químicas que no reaccionan entre sí; cuyos componentes se encuentran en proporción que varía entre ciertos límites.

Una dilución es una mezcla íntima, a nivel molecular o iónico, de dos sustancias, una mayoritaria llamada disolvente, que por lo habitual es líquida, y otra minoritaria llamada soluto.

Donante

Persona que voluntariamente cede un órgano o sangre con fines terapéuticos

E

Edema

Acumulación anormal de líquido en los espacios intersticiales de los tejidos.

Electrocardiograma

Registro gráfico de la actividad eléctrica del miocardio.

Electrolito

Elemento o compuesto que, al disolverlo en agua u otro disolvente, se disocia en iones, pudiendo conducir la corriente eléctrica: sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio.

Empatía

Comprensión y aceptación de los sentimientos de una persona y capacidad de sentir el mundo privado de ésta.

Encías

Mucosa -gingival- de la boca, con tejido fibroso de apoyo que cubre las coronas de los dientes no brotados y circunda el cuello de las piezas ya irrumpidas.

Endoscopio

Instrumento utilizado para visualizar el interior de órganos y cavidades corporales.

Enfermedad

Proceso anormal en el que algún aspecto del funcionamiento de la persona se encuentra disminuido o debilitado en comparación con su estado previo.

Enfermedad aguda

Proceso caracterizado por síntomas de duración relativamente corta, generalmente graves y que afectan al paciente en todos los aspectos vitales.

Enfermedad crónica

Proceso que persiste durante largo tiempo y afecta la vida emocional, social, intelectual y espiritual del paciente.

Enfermedad de Alzheimer

Enfermedad del parénquima cerebral que causa un gradual y progresivo deterioro de las funciones cognitivas.

Enfermedad transmisible

Toda enfermedad que pueda transmitirse de una persona o animal a otro por contacto directo o indirecto, o a través de vectores.

Entrevista

Conversación organizada y sistemática que se mantiene con el paciente para obtener información objetiva y subjetiva en relación a su estado de salud. La enfermera en una entrevista con el paciente, obtiene datos que son muy importantes para su valoración. Comienza la comunicación enfermera- paciente.

Enuresis

Micción involuntaria; incontinencia.

Enuresis nocturna

Incontinencia de orina durante la noche.

Epidermis

Estrato más externo de la piel formado por varias capas finas de piel en diferentes estadios de maduración; recubre y protege los tejidos subyacentes de la pérdida de agua, de lesiones mecánicas o químicas y de la penetración de microorganismos patógenos.

Epistaxis : sangrado profuso nasal

Equimosis

Cambio de coloración de la piel o cardenal producido por la extravasación de sangre al tejido

subcutáneo como consecuencia de un traumatismo de los vasos subyacentes.

Escala de Apgar

Sistema de evaluación que clasifica el estado fisiológico del recién nacido 1 a 5 minutos tras el nacimiento, mediante la medición de distintos parámetros como lo son ritmo cardíaco, respiración, tono muscular, reflejos y coloración de la piel.

Escalofrío

Proceso utilizado por el organismo al elevar la temperatura corporal.

Escara

Costra seca que resulta de la escoriación de la piel. Por presión continua sobre un punto de apoyo.

Esfignomanómetro

Dispositivo para medir la presión arterial, que consiste en un manguito para brazo o pierna con una cámara hinchable, un tubo y una pera para bombear aire en la cámara y un manómetro que indica la cantidad de presión de aire ejercida sobre la arteria.

Espiritual

Aspectos de naturaleza religiosa o sagrada.

Estrabismo

Trastorno ocular caracterizado por la desviación de la mirada de uno o ambos ojos.

Estrés

Tensión fisiológica o psicológica que amenaza la homeostasis o el equilibrio psicológico del sujeto.

Estructura familiar

Conjunto de miembros de la familia en el momento actual y patrón de sus relaciones (organización).

Eupnea

Respiraciones normales, sin esfuerzo, tranquilas y rítmicas.

Evaluación

Determinación del grado en el que se han alcanzado los objetivos establecidos en relación a un paciente.

Exploración física

Valoración del cuerpo de un paciente mediante las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión, con el fin de llegar a determinar anomalías físicas.

Extensión

Movimiento que aumenta el ángulo entre dos huesos articulados en ciertas articulaciones.

Exudado

Líquido, células u otras sustancias que son liberadas a partir de células o vasos sanguíneos a través de pequeños poros o aberturas de las membranas celulares.

Exámenes complementarios

Estudios de diferente clase para llegar a un diagnóstico de una enfermedad.

Estos por ejemplo pueden ser:

- 1.- Estudios imagenológicos como ejemplo: Radiografías, TAC, resonancia magnética, ecografía, mamografía.
- 2.- Análisis sanguíneos
- 3.- Estudios de Tejidos como ejemplo: biopsias, punciones, PAP
- 4.- Pruebas de esfuerzos
- 5.- Electrocardiograma
- 6.- Encefalograma

Entre otros

Empiema

Es una acumulación de pus en la cavidad que se encuentra entre la pleura visceral y la pleura parietal (espacio pleural), ejerciendo una presión en los pulmones que causa dolor y dificultad para respirar.

Excitación psicomotriz

La agitación o excitación psicomotriz es un síndrome caracterizado por hiperactividad motora y alteraciones emocionales, que puede manifestarse en una gran variedad de enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos

F

Factor de riesgo

Toda variable interna o externa que hace que una persona o grupo de personas sea más vulnerable a la enfermedad o a un episodio morboso.

Factores ambientales

Características del entorno físico o social de una persona que pueden aumentar o disminuir la propensión a una enfermedad.

Fármaco

Droga legal que se usa en medicina para prevenir o, curar o aliviar los signos y síntomas de una enfermedad.

Familia como entorno

Procedimiento de enfermería cuyo objeto es el paciente como individuo y que considera a la familia como el entorno en el que el paciente lucha por su salud.

Febril

Referido o caracterizado por una temperatura corporal elevada.

Fiebre

Elevación del punto de ajuste hipotalámico de tal forma que la temperatura corporal queda regulada a un nivel más alto.

Fístula

Comunicación anormal entre un órgano interno y la superficie corporal o entre dos órganos internos.

Fisuras

Hendiduras o surcos en la superficie de un órgano, que a menudo determinan la división del órgano en partes.

Flatulencia

Trastorno caracterizado por la acumulación de gas en la luz intestinal.

Flebitis

Inflamación de una vena.

Flexión

Movimiento de algunas articulaciones que disminuye el ángulo entre huesos articulados.

Fotofobia

Sensibilidad anormal de los ojos a la luz.

Fractura

Rotura de un hueso ocasionada por la aplicación de una fuerza violenta sobre el cuerpo; interrupción de la continuidad del tejido óseo.

Frémito táctil

Vibración temblorosa de la pared torácica durante la respiración, palpable en la exploración física.

Fistula arterio-venosa

Acceso utilizado para las hemodiálisis

Fases

Se denomina fase a cada una de las partes macroscópicas de una composición química y propiedades físicas homogéneas que forman un sistema.

Fármaco dependencia

La farmacodependencia es una forma especial de adicción que se deriva del consumo reiterado de fármacos, de cualquier sustancia que sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad, o para reparar sus consecuencias. Los psicofármacos (tratan los trastornos mentales) son los más susceptibles de causar farmacodependencia.

Fluido

Es toda aquella sustancia que fluye, el agua y los solutos disueltos en ella, manteniendo el volumen de líquidos relativamente constante con una composición estable para mantener una buena homeostasis.

Fisioterapia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la fisioterapia como: "la ciencia del tratamiento a través de: medios físicos, ejercicio terapéutico, masoterapia y electroterapia. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución".

G

Galope ventricular

Sonido cardíaco de tono bajo, añadido anormalmente (S4), auscultable en el comienzo de la diástole.

Gasto cardíaco

Volumen de sangre expulsado por los ventrículos del corazón, igual a la cantidad de sangre eyectada en cada latido multiplicada por el número de latidos que tiene lugar durante el período utilizado para el cálculo (generalmente 1 minuto)

H

Heces

Desechos o excrementos procedentes del tracto gastrointestinal.

Hematemesis

Vómito de sangre que indica hemorragia del tramo gastrointestinal superior.

Hematocrito

Medida del volumen celular y eritrocítico global, expresado como porcentaje del volumen sanguíneo total.

Hematoma

Acumulación de sangre que está atrapada en los tejidos de la piel o de un órgano.

Hematuria

Presencia anormal de sangre en la orina.

Hemólisis

Rotura de glóbulos rojos y liberación de hemoglobina, que puede producirse por la administración de soluciones intravenosas isotónicas que causan hinchazón y estallido de eritrocitos.

Hemoptisis

Expectoración de sangre procedente del tracto respiratorio.

Hemorroides

Dilatación e ingurgitación permanente de las venas de la mucosa rectal.

Hemosiderosis

Depósito anormal de hierro en diversos tejidos.

Hemostasia

Detención de una hemorragia por medios mecánicos o químicos o mediante el proceso de coagulación del organismo.

Hemotórax

Acumulación de sangre y líquido en la cavidad pleural, entre las hojas visceral y parietal.

Hernia

Protrusión de un órgano a través de una abertura anormal en la pared muscular de la cavidad que lo contiene.

Higiene oral

Estado o práctica de mantenimiento de los tejidos y estructuras de la boca.

Higiene perineal

Procedimiento de lavado prescrito para las áreas genital y anal como parte del baño diario o después de diversas actuaciones obstétricas y ginecológicas.

Hiperpotasemia

Elevación de los niveles séricos de potasio.

Hipercapnia

Cantidad de dióxido de carbono en la sangre por encima del valor normal.

Hipercarbia

Cifras de dióxido de carbono en sangre superiores a lo normal; también llamada hipercapnia.

Hipercloremia

Elevación de los niveles séricos de cloruro.

Hiperextensión

Posición de extensión máxima de una articulación.

Hiperglucemia

Elevación de los niveles séricos de glucosa.

Hiperhidratación o exceso de volumen de líquidos

Exceso de agua en el líquido extracelular.

Hipermagnesemia

Elevación de los niveles séricos de magnesio.

Hipernatremia

Elevación de los niveles séricos de sodio.

Hipertermia

Situación en que la temperatura corporal sobrepasa el límite considerado normal.

Hiperventilación

Frecuencia respiratoria superior a la requerida para mantener niveles normales de dióxido de carbono en los tejidos corporales.

Hiperventilación alveolar

Aumento de la frecuencia respiratoria por encima del nivel requerido para mantener las concentraciones normales de dióxido de carbono en los tejidos orgánicos.

Hipoxia disminución del oxígeno en sangre arterial

Hipotensión

Descenso anormal de la tensión arterial o presión sanguínea, insuficiente para una irrigación y oxigenación normales de los tejidos.

Hipotermia

Disminución anormal de la temperatura corporal por debajo de 35 °C, generalmente debido a una

exposición prolongada al frío.

Historia clínica

Registro escrito sobre el paciente; documentación legal.

Historia clínica de enfermería

Datos reunidos sobre el estado actual del paciente, sobre posibles cambios de forma de vida o de papel sociocultural, así como sobre las reacciones mentales y emocionales a la enfermedad.

Historia sanitaria

Datos subjetivos y objetivos sobre el estado de salud previo del paciente, obtenidos por la enfermera durante la entrevista.

Identidad

Componente del autoconcepto

Imagen corporal

Concepto subjetivo de la persona sobre su aspecto físico.

Informe

Transferencia de información de la enfermera de un turno a la del siguiente. El informe también puede ser transmitido por uno de los miembros del equipo de enfermería a otro profesional de la asistencia sanitaria, por ejemplo, un médico o un terapeuta.

Inmovilidad

Incapacidad para moverse libremente, debido a un trastorno en virtud del cual el movimiento se ve impedido o limitado terapéuticamente.

Inspección

Método de exploración física por el que se examina visualmente de forma sistemática el aspecto, la estructura, la funcionalidad y el comportamiento del paciente.

Tegumento

Piel y sus anexos

Intervalo auscultatorio

Desaparición del sonido al medir la presión arterial; tiene lugar de forma característica entre el primer y segundo ruidos de Korotkoff.

Intervenciones

Actuaciones encaminadas a prevenir un daño al paciente o a mejorar sus funciones mental, emocional, física o social.

Intoxicación Alimentaria

Proceso tóxico debido a la ingestión de alimentos contaminados por sustancias tóxicas o por bacterias que contienen toxinas.

Isquemia

Disminución del aporte de sangre a una parte del cuerpo, como el tejido cutáneo, o a un órgano, como el corazón.

Isquemia tisular

Zona en la que los tejidos reciben oxígeno e irrigación insuficientes.

Inmunidad

Inmunidad es un término médico que describe el estado de tener suficientes “defensas” biológicas para evitar la infección, enfermedad u otra invasión biológica no deseada.

Imprudencia

Falta de juicio, sensatez y cuidado que una persona demuestra en sus acciones

Impericia

Inexperiencia, ineptitud, incapacidad, incompetencia.

Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.

$$IMC = \frac{\text{peso}(kg)}{\text{estatura}^2(m)}$$

L

Laceración

Herida por desgarro con bordes irregulares.

Lactancia

Etapa de la vida entre un mes y un año de edad.

Laxantes

Fármacos que actúan favoreciendo la evacuación.

Leucocitosis

Aumento anormal del número de leucocitos circulantes.

Leucoplasia

Placas blancas y gruesas observadas en la membrana de la mucosa oral.

Ligamentos

Bandas blancas, brillantes y flexibles de tejido fibroso que unen las articulaciones entre sí y que conectan varios huesos y cartílagos.

Linfocito

Tipo de leucocito que se desarrolla en la médula ósea; es responsable de la síntesis de anticuerpos y linfocitos T, que atacan a los antígenos.

Lípidos

Compuestos insolubles en agua pero solubles en disolventes orgánicos.

Líquido intersticial

Líquido que ocupa los espacio existentes entre la mayoría de las células del organismo y que constituye una parte importante del medio líquido.

Líquido intracelular

Líquido existente por dentro de la membrana celular.

Líquidos extracelulares

Porción de líquidos corporales integrada por el líquido intersticial y el plasma sanguíneo.

Leucopenia

Leucopenia es la disminución del número de leucocitos totales por debajo de 4.000 - 4.500 /mm³

Loquios

Es el término que se le da a una secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas y progresa por tres estadios o etapas. Por lo general, es una secreción que huele similar al olor del flujo menstrual.

M

Maceración

Ablandamiento y requebrajaduras de la piel por exposición a prolongada a la humedad.

Maduración

Proceso por el que se alcanza un desarrollo y crecimiento completos y a lo largo del cual la capacidad biológica del individuo y las circunstancias ambientales pueden modificar las funciones y el aprendizaje.

Malnutrición

Cualquier trastorno nutritivo, como una dieta desequilibrada, deficiente o excesiva, o un deterioro de absorción, de asimilación o utilización del alimento.

Maniobra de Valsalva

Esfuerzo de espiración forzada en contra del obstáculo que opone una vía aérea cerrada, tal y como sucede cuando el sujeto contiene la respiración y tensa los músculos en un esfuerzo enérgico y coordinado para mover un objeto pesado o para cambiar de postura en la cama.

Marcha

Forma o estilo de caminar, que incluye el ritmo, la cadencia y la velocidad.

Masticar

Mascar o desgarrar la comida con los dientes al mismo tiempo que se mezcla con la saliva.

Mecánica corporal

Esfuerzos coordinados de los sistemas musculoesquelético y nervioso para mantener el equilibrio, la postura y el alineamiento orgánico adecuados.

Medidas preventivas de enfermería

Medidas de enfermería orientadas a prevenir la enfermedad y fomentar la salud, para no tener que

recurrir a la asistencia sanitaria primaria, secundaria o terciaria.

Medidas universales de precaución

Conjunto de medidas recomendadas a los profesionales de la asistencia sanitaria para evitar la exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA, agentes patógenos de origen sanguíneo, como la hepatitis y el VIH.

Melena

Deposición anormal, viscosa y de color negro, que contiene sangre digerida; indicativa de hemorragia gastrointestinal.

Menarquia

Presentación de la primera menstruación en una muchacha.

Metabolismo

El conjunto de todos los procesos químicos que se desarrollan en organismos vivos, dando lugar al crecimiento, la producción de energía. La eliminación de los productos de desecho y otras funciones relacionadas con el transporte sanguíneo de nutrientes después de la digestión.

Micción

Acto de salida o expulsión de la orina de forma voluntaria a través de la uretra.

Microorganismos

Seres microscópicos capaces de realizar procesos vivos, tales como las bacterias, los virus y los hongos.

Minerales

Elementos inorgánicos esenciales para el organismo debido a su papel como catalizadores de las reacciones bioquímicas.

Modelado

Técnica por la que una persona aprende una respuesta dada observando cómo la desarrolla otra persona.

Motivación

Impulso interno que hace que una persona realice una acción.

Movilidad

Capacidad de una persona para moverse libremente.

Músculos accesorios

Músculos de la caja torácica que participan en la respiración.

Músculos antagonistas

Músculos que trabajan de forma conjunta para ejecutar un movimiento en una articulación.

Músculos antigravitatorios

Músculos que participan en la estabilización de las articulaciones, oponiéndose al efecto de la gravedad sobre el cuerpo.

Músculos sinérgicos

Músculos que se contraen a la vez para realizar el mismo movimiento.

N

Necesidades fisiológicas

Requerimientos del ser humano para su supervivencia, entre los que se incluyen los referentes a oxígeno, líquido, nutrición, temperatura, eliminación y refugio.

Necrótico

Relativo a la muerte de un tejido como consecuencia de una enfermedad o lesión.

Nefrona

Unidad estructural y funcional del riñón formada por el glomérulo y los túbulos renales.

Negligencia

Acto de omisión o comisión que, por descuido, ocasiona una lesión a otra persona.

Neonato

Etapas de la vida desde el nacimiento hasta el primer mes de edad.

Neumotórax

Acumulación de aire o gas en el espacio pleural.

Nistagmo

Movimiento involuntario y rítmico de los ojos; las oscilaciones pueden ser horizontales, verticales, rotatorias o mixtas. Puede ser indicativo de enfermedad vestibular, neurológica o vascular.

Nutrición parenteral total (NPT)

Administración de una solución hipertónica compuesta por glucosa, proteínas, minerales y vitaminas a través de un catéter permanente colocado en la vena cava superior. Se utiliza en pacientes con coma prolongado o con malabsorción grave no controlada, quemaduras extensas, fístulas GI y otros trastornos en los que la alimentación por vía oral no proporciona suficientes nutrientes.

Nutrientes

Alimentos que contienen los elementos necesarios para las funciones del organismo, incluidos el agua, los hidratos de carbono, las proteínas, las grasas, las vitaminas y los minerales.

Obesidad

Aumento anormal de la proporción de células grasas, principalmente en las vísceras y en los tejidos subcutáneos.

Obtención de datos

Fase de la valoración del procedimiento de enfermería en la que se reúne toda la información subjetiva y objetiva pertinente sobre el paciente. La obtención de datos incluye la historia clínica de enfermería, la exploración física, los datos y pruebas de diagnóstico de laboratorio y la información proporcionada por los miembros del equipo sanitario, por los familiares y amistades del paciente.

Oftálmicos

Fármacos depositados en el ojo, en forma de gotas o pomadas oculares.

Olfativo

Relativo al sentido del olfato.

Orientación temporal

Valor que el paciente asigna a la rapidez, a la planificación del futuro y al establecimiento de citas, elementos importantes en la programación de la asistencia a largo plazo y de los tratamientos que el paciente deberá seguir una vez dado de alta.

Orina residual

Volumen de orina que permanece en la vejiga después de una micción normal; normalmente la vejiga queda prácticamente vacía después de la micción.

Ortopnea

Situación anómala en la que el sujeto, para respirar cómodamente, tiene que estar sentado o de pie.

Osmolalidad

La concentración o presión osmótica de una solución expresada en osmoles o miliosmoles por kilo de agua.

Osmorreceptores

Receptores sensibles a la concentración líquida del plasma sanguíneo y regulan la secreción de hormona antidiurética.

Osmosis

Movimiento de un soluto puro a través de una membrana semipermeable desde una solución con una concentración de soluto menor hacia otra con una concentración de soluto mayor.

Osteoporosis por desuso

Disminución de la masa esquelética que acompaña habitualmente a la inmovilidad o a la parálisis.

Ostomía

Procedimiento quirúrgico que consiste en la realización de una abertura en la pared abdominal para permitir la salida del contenido intestinal desde el intestino (colostomía) o el contenido urinario desde la vejiga (urostomía)

Ototóxico

Que posee un efecto nocivo sobre el VIII nervio craneal (vestibulococlear) o sobre los órganos de la audición o el equilibrio.

Oxímetro, oximetría

Dispositivo para medir la oxihemoglobina de la sangre.

P

Paciente ambulatorio

Paciente no ingresado en el hospital que recibe tratamiento en una clínica o instalación asociada al hospital.

Paliativo

Relativo al tratamiento diseñado para aliviar o reducir la intensidad de los síntomas molestos, pero no para producir la curación.

Palidez

Baja intensidad de color o ausencia de color de la piel

Palpación

Método de exploración física por el que el examinador aplica los dedos o las manos sobre el cuerpo del paciente con el fin de percibir las partes situadas por debajo de la piel

Palpitaciones

Salto o aceleración del corazón asociados a emociones normales o a un trastorno cardíaco.

Parásito

Organismo que vive dentro o sobre otro organismo y que se nutre de él.

Paro cardíaco

Cese súbito del gasto cardíaco y de la circulación eficaz.

Parto

Proceso de dar a luz.

Patógenos

Microorganismos capaces de producir una enfermedad.

Percepción

Imagen mental o concepto que tiene una persona de los elementos de su entorno y en la que interviene la información obtenida a través de los sentidos.

Percusión

Método de exploración física que permite determinar la localización, el tamaño y la densidad de una región corporal a través del sonido obtenido al dar golpecitos cortos y rápidos con los dedos.

Percusión torácica

Acción de golpear la pared torácica con la mano ahuecada para facilitar la movilización y el drenaje de las secreciones pulmonares.

Pérdida insensible de agua

Pérdida de líquido corporal por evaporación, como sucede normalmente durante la respiración. Es de 800ml en 24 horas, valor que se tiene en cuenta en el balance hídrico.

Peristalsis

Contracciones rítmicas del intestino que propulsan el contenido gástrico a lo largo del tracto gastrointestinal

Pigmento

Material colorante orgánico, como la melanina, que confiere color a la piel.

Pirexia

Elevación anormal de la temperatura corporal debido a una enfermedad. Sinónimo de fiebre.

Pirógeno

Sustancias que producen una elevación de la temperatura corporal, como las toxinas bacterianas.

Plan de asistencia de enfermería

Resumen escrito o esquema que incluye la identificación de los resultados esperados para la resolución del problema, así como las intervenciones concretas y las instrucciones de enfermería. El plan de asistencia, un documento legal que forma parte del registro escrito del paciente, documenta y garantiza el seguimiento del procedimiento de enfermería.

Plano frontal

Línea vertical que atraviesa el cuerpo de lado a lado y que lo divide en una parte anterior y otra posterior.

Plano sagital

Línea que atraviesa el cuerpo desde la parte anterior a la posterior, dividiéndolo en un lado derecho y otro izquierdo

Plano transversal

Cualquiera de los planos que atraviesan el cuerpo perpendicularmente a los planos frontal y sagital, dividiéndolo en una parte craneal y otra caudal.

Portadores

Animales o personas que trasportan y transmiten los microorganismo causantes de enfermedades, pero que no desarrollan la enfermedad.

Prescripción

Instrucciones escritas sobre un determinado agente terapéutico, esto es, un medicamento, un fármaco.

Presión de pulso

Diferencia entre las presiones sistólica y diastólica, normalmente 30-40 mmHg.

Presión hidrostática

Presión causada por un líquido.

Primera infancia

Etapa de los niños entre 1 y 3 años.

Problema

Cuestión propuesta para su solución o consideración.

Procedimiento de enfermería

Método sistemático de resolución de problemas por el que el asistente sanitario personaliza la asistencia al paciente. Las cinco fases del procedimiento de enfermería son la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación.

Prolapso

Caída, descenso o deslizamiento de un órgano de su posición normal en el cuerpo, como por ejemplo el prolapso uterino.

Promoción de la salud

Actividades dirigidas a mantener o mejorar la salud y bienestar de los pacientes.

Propioceptores

Terminaciones nerviosas que se localizan en los músculos, los tendones y las articulaciones y que responden a estímulos relacionados con la posición en el espacio o con el movimiento y originados en el interior del organismo.

Proteínas

Amplio conjunto de compuestos nitrogenados orgánicos. Las proteínas están formadas por cadenas largas de aminoácidos que contienen los elementos carbono, hidrógeno, nitrógeno, oxígeno, generalmente azufre, y en ocasiones, fósforo, hierro, yodo u otros constituyentes esenciales de las células vivas. Las proteínas son la fuente principal de elementos para la síntesis de los músculos, la sangre, la piel, el pelo, las uñas y los órganos internos.

Prueba de esfuerzo

Evaluación de la resistencia cardiopulmonar del paciente en la actividad física. En la prueba suele realizarse un ECG y un estudio de la función respiratoria.

Prueba de Webber

Prueba para la detección de sangre oculta en heces.

Pruebas de función pulmonar

Método para determinar la capacidad de los pulmones para intercambiar eficazmente oxígeno y dióxido de carbono.

Ptialina

Enzima digestiva segregada por las glándulas salivares.

Ptosis

Trastorno de uno o ambos párpados superiores caracterizado por el descenso del párpado como consecuencia de la debilidad del músculo elevador o de la parálisis del III par craneal.

Pubertad

Período de desarrollo, con cambios emocionales y físicos, incluyendo la aparición de los caracteres sexuales secundarios y de la menstruación y la eyaculación.

Puerperio

Período de aproximadamente seis semanas de duración que se presenta después del parto y durante el cual el sistema reproductor de la mujer se encuentra en una situación de transición hacia el estado de no embarazo.

Pulso

Latido rítmico resultante de la expansión y contracción regular de una arteria, al contraerse el ventrículo y enviar sangre a todas las arterias. Se palpa en diferentes sitios o regiones corporales:

Pulso apical

Latido cardíaco tomado con la campana o membrana del estetoscopio apoyada en la punta del corazón.

Pulso carotídeo

Latido rítmico palpado sobre la arteria carótida.

Pulso cubital

Pulso de la arteria cubital, que se palpa a lo largo de la cara cubital del antebrazo.

Pulso femoral

Latido rítmico palpado sobre la arteria femoral.

Pulso humeral

Latido rítmico palpado sobre la arteria humeral.

Pulso pedio

Latido rítmico palpado sobre la arteria pedia.

Pulso poplíteo

Pulso de la arteria poplíteo, que se palpa en la cara posterior de la rodilla en flexión, estando en paciente en decúbito prono.

Pulso radial

Pulso de la arteria radial palpado en la muñeca sobre el radio. Este pulso es el que se toma con mayor frecuencia.

Pulso tibial posterior

Pulso de la arteria tibial posterior, que se palpa en la cara medial del tobillo, inmediatamente por detrás del maléolo interno.

Punción venosa

Técnica que consiste en la punción de una vena por vía transcutánea mediante un fiador rígido afilado (como una aguja en mariposa), una cánula (como un angiocatéter que contiene un catéter flexible de plástico) o una aguja fijada a una jeringuilla.

Punto de máximo impulso (PMI)

Punto en el que se puede palpar con mayor facilidad el latido cardíaco a través de la pared torácica.

Q

Quemado

Término popular utilizado para definir el estado de agotamiento de la energía mental o física después de un período de estrés crónico continuo relacionado con el trabajo, caracterizado en ocasiones por una enfermedad física.

R

Reacciones idiosincráticas

Sensibilidad individual a los efectos de un fármaco, causada por factores hereditarios o constitucionales.

Referente

Factor que induce a una persona a comunicarse con otro sujeto.

Reflujo urinario

Flujo anormal de la orina hacia atrás.

Registro

Forma escrita de comunicación que reúne de forma permanente información relacionada con el tratamiento de asistencia sanitaria.

Registro de referencia

Modelo de historia clínica en el que cada departamento o especialidad dispone de su propia sección.

Registros computadorizados

Sistema que contiene toda la información pertinente para la solicitud, prestación y documentación de asistencia sanitaria a un paciente determinado.

Relajación

Acto de relajarse o estar menos tenso.

Reminiscencia

Recuerdo del pasado con el propósito de asignar un nuevo significado a experiencias pasadas.

Remisiones

Desapariciones parciales o completas de las características subjetivas y clínicas de una enfermedad crónica o neoplásica; la remisión puede ser espontánea o por tratamiento.

Reposo en cama

Permanencia del paciente en cama durante un período prescrito por razones terapéuticas.

Resistencia de las vías respiratorias

Es la diferencia de presión entre la boca, nariz y otras vías y los alvéolos.

Respiración abdomino- diafragmática

Respiración en la que, durante la inspiración, el abdomen se desplaza hacia adelante, mientras que el diafragma desciende.

Respiración con los labios fruncidos

Inspiración profunda seguida de una espiración prolongada a través de los labios fruncidos.

Respiración diafragmática

Tipo de respiración en la que el abdomen se distiende mientras el diafragma desciende durante la inspiración.

Respiración externa

Movimiento de aire entre el medio externo y los alvéolos pulmonares.

Respiración interna

Movimiento de oxígeno a nivel celular entre la hemoglobina y los tejidos.

Responsabilidad

Capacidad de responder de los propios actos

Respuesta inflamatoria

Reacción localizada a un traumatismo, que evita la diseminación de la infección y favorece la

curación de una herida.

Respuesta refleja al dolor

Retirada refleja e involuntaria de una parte del cuerpo ante un estímulo nocivo o doloroso.

Resultado esperado

Estado del paciente que se estima encontrar al final de un tratamiento o de una enfermedad, incluidos el grado de salud y la necesidad de continuar los cuidados, las medicaciones, el apoyo, la asistencia sociopsicológica o la educación.

Retención urinaria

Retención de orina en la vejiga; trastorno causado con frecuencia por una pérdida temporal de la función muscular.

Retroalimentación

Proceso por el que la información de salida de un sistema vuelve al mismo.

Roce pleural

Ruido pulmonar anormal producido durante la inspiración por la fricción entre sí de las hojas pleurales visceral y parietal inflamadas.

Roncus

Ruidos roncós anormales percibidos durante la auscultación del pulmón; se producen al pasar el aire por vías aéreas con gran contenido de moco.

Ruidos anormales

Sonidos pulmonares anómalos percibidos durante la auscultación.

Ruidos de Korotkoff

Ruidos escuchados al tomar la presión arterial utilizando un esfigmomanómetro y el estetoscopio.

S

Salud

estado dinámico en el que el sujeto se adapta a sus medios interno y externo, estableciéndose una situación de bienestar físico, emocional, intelectual, social y espiritual.

Salud espiritual

Conciencia y receptividad en relación a un sistema de creencias, un ser supremo o un dios; presencia trascendente en el interior de cada persona.

Saturación de oxígeno

Cantidad de hemoglobina totalmente saturada con oxígeno, facilitada como cifra porcentual.

Sebo

Secreción normal de las glándulas sebáceas de la piel; cuando se combina con el sudor forma una película húmeda, aceitosa y ácida que evita que la piel se seque.

Segmentación

Contracción y relajación alternantes de la mucosa gastrointestinal.

Sibilancias

Ruidos pulmonares anormales con origen en un bronquio estrechado.

Signos vitales

Temperatura, pulso, respiración y presión arterial.

Síntoma Es la referencia subjetiva que da un paciente por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por su estado de enfermedad

Sístole

Contracción del corazón que conduce la sangre hacia la aorta y las arterias pulmonares. El comienzo de la sístole coincide con el primer ruido cardíaco percibido por auscultación y con el latido de la punta, el cual es palpable.

Solución

Mezcla de una o más sustancias disueltas en otra sustancia. Las moléculas de cada una de las sustancias se dispersan de forma homogénea y no experimentan cambios químicos. Las soluciones pueden ser líquidas, gases o sólidos.

Soplo

Sonido anormal o murmullo percibido al auscultar un órgano, una glándula o una arteria.

Soplos

Ruidos de soplo o de tránsito provocados por alteraciones del flujo sanguíneo a través del corazón o por anomalías en el cierre de las válvulas.

Sublingual

Vía de administración de medicamentos, en la que el fármaco se coloca bajo la lengua del paciente.

Sueño

estado caracterizado por una conciencia reducida, una menor actividad de los músculos esqueléticos y un metabolismo deprimido.

Supinación

Posición de la mano con la palma hacia abajo.

T

Taquicardia

Frecuencia cardíaca regular y rápida que oscila entre 100 y 150 latidos por minuto.

Taquipnea

Frecuencia aumentada anormalmente de la respiración.

Taxonomía

Sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería en amplios grupos de patrones de respuesta humana.

Temperamento

Inclinación característica o habitual de la respuesta emocional.

Tendones

Bandas de tejido fibroso de color blanco brillante que conectan el músculo con el hueso.

Termorregulación

Control interno de la temperatura corporal.

Tolerancia

Punto a partir del cual una persona no está dispuesta a aceptar un dolor de mayor intensidad o duración.

Tono muscular

Estado normal de tensión muscular en equilibrio.

Tos productiva

Expulsión súbita de aire de los pulmones, que elimina eficazmente el esputo del tracto respiratorio

y colabora a la limpieza de las vías aéreas.

Traqueostomía

Una traqueostomía es un procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea a través de una incisión ejecutada en el cuello con la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones.

V

Valoración

Primera fase del cuidado de enfermería; las actividades que integran esta primera fase son la recogida de datos y su verificación, clasificación y documentación. El objetivo es reunir información para identificar el problema sanitario que se presenta.

Varices

Alteraciones de las venas caracterizadas por la inflamación y la irregularidad de la forma o el trayecto.

Vasoconstricción

Estrechamiento de la luz de cualquier vaso sanguíneo, especialmente de las arteriolas y las venas de los reservorios de sangre de la piel y las vísceras abdominales.

Vasodilatación

Aumento de diámetro de un vaso por inhibición de sus nervios vasoconstrictores o estímulo de los dilatadores.

Ventilación

Proceso respiratorio por el cual los gases entran y salen de los pulmones

Volumen sistólico

Cantidad de sangre expulsada por los ventrículos en cada contracción.

Vehículo

Un vehículo es un medio que permite el traslado de un lugar a otro. También se denominan vehículos los medios a través de los cuales se puede contagiar una enfermedad.

Cosa que sirve para llevar o conducir algo.

Vector

- Vector biológico, un agente de tipo orgánico que sirve como medio de transmisión.
- Vector epidemiológico, un organismo capaz de portar y transmitir un agente infeccioso.
- Vector genético, un agente que porta un gen extraño o modificado.
- Vector viral, virus inestable modificado que permite introducir material genético exógeno en el núcleo de una célula.
- Vector de ADN es un organismo que se utiliza para transferir material genético exógeno a otra célula.

- ECG: electrocardiograma
- RFM: reflejo foto motor
- EEG: electroencefalograma
- ETT: eco transtorácico
- PQT: poliquimioterapia
- CPDU: concentrado plaquetario de donante único
- MFL: máscara de flujo libre
- MFC: máscara de flujo controlado
- HTA: hipertensión arterial
- HGT: hemo glucotest
- I/V: intravenoso
- V/O: vía oral
- S/C: subcutáneo
- I/M: intramuscular
- IAE: intento de autoeliminación
- IAM: infarto agudo de miocardio
- RNM: resonancia nuclear magnética
- TAC: tomografía axial computarizada
- RX: rayos x
- FA: fibrilación auricular
- CVC: circuito venoso cerrado
- VVP: vía venosa periférica
- SV: sonda vesical
- SNG: sonda nasogástrica
- HC: historia clínica
- EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- FAV: fístula arterio-venosa
- AVE: accidente vascular encefálico
- GEC: gastroenterocolitis
- VEA: ventilando espontáneo al aire
- NAC: neumonía aguda comunitaria
- ATB: antibiótico
- EAP: edema agudo de pulmón
- HDB: hemorragia digestiva baja
- HDA: hemorragia digestiva alta
- IU: infección urinaria

- SRL: suero ringer lactato
- SR: suero ringer
- SG: suero glucosado
- SGF: suero glucofisiológico
- SF: suero fisiológico
- SDR: síndrome de distrés respiratorio
- MAV: murmullo alveolo vesicular
- MC: motivo de consulta
- EA: estado actual
- OE: orina espontáneo
- AP: antecedentes personales
- AF: antecedentes familiares
- AGO: antecedentes gineco-obstétricos
- TEC: traumatismo encéfalo-craneano
- PC: pérdida de conocimiento
- PTM: politraumatizado
- HSA: hemorragia subaracnoidea
- PEIC: proceso expansivo intra craneano
- IC: insuficiencia cardíaca
- IRC: insuficiencia renal crónica
- LNH: linfoma no hodking
- KCL: cloruro de potasio
- NaCl: cloruro de sodio
- BH: balance hídrico
- BQ: block quirúrgico
- HO: herida operatoria
- GSW: escala de glasgow
- SOT: sonda orotraqueal
- SOG: sonda orogástrica
- MMII: miembros inferiores
- MMSS: miembros superiores
- MID: miembro inferior derecho
- MII: miembro inferior izquierdo
- MSD: miembro superior derecho
- MSI: miembro superior izquierdo
- ORL: otorrinolaringólogo
- TVP: trombosis venosa profunda
- TEP: trombo embolismo pulmonar
- ARM: asistencia respiratoria mecánica
- FBC: fibrobroncoscopía
- FGC: fibrogastroscoopía
- FCC: fibrocolonoscopía
- LIO: lentilla intra ocular

- ICD: insuficiencia cardíaca descompensada
- CTI: centro de tratamiento intensivo
- AINE: antiinflamatorio no esteroideo
- IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina
- TMO: trasplante de médula ósea
- AIT: accidente isquémico transitorio

Modalidad asistencial que desarrolla: Internación; con un número total de 9 habitaciones.

Esto corresponde a una capacidad locativa de 19 unidades de internación.

Recursos humanos:

Jefe de sector: Licenciada en enfermería María Chiarelli

Se cuenta en el sector con un número total de personal de enfermería de 11 funcionarios, contando con un superpuesto fijo en la mañana y los 2 turnantes. Si realizamos un desglose de la distribución de dicho personal, obtenemos que, en el turno de la mañana se cuenta con 3 auxiliares de enfermería (contando al superpuesto), 2 auxiliares de enfermería en el turno de la tarde, 2 en el vespertino y 2 en la noche.

El personal auxiliar de servicio con el que se cuenta es uno fijo en la mañana, uno compartido en la tarde, al igual que en el turno vespertino y la noche. Obteniendo un total de 4 auxiliares de servicio (solo uno fijo del sector en el turno mañana), lo cual es suficiente para cubrir la demanda.

En cuanto a la dotación de licenciadas en enfermería contamos con 1 en el turno de la mañana, 1 en el turno de la tarde, la cual está en orientación, 1 en el turno vespertino la cual se comparte con el resto del sanatorio, al igual que en el turno de la noche; esto nos da un total de 4 licenciadas en enfermería.

Recursos materiales y planta física:

Las 9 habitaciones que componen este servicio, se encuentran equipadas con lo necesario para la atención de aquellos pacientes que deban ser ingresados en el mismo. Habitaciones de dos camas con baño compartido.

Siete de las habitaciones constan con entrada o recepción de tres y medio metros cuadrados, en este sector encontramos un lavatorio de manos y dispensador de jabón y toallas de papel, así como papelera con bolsa negra para el descarte de las toallas, de uso de todo el personal sanitario y acompañantes de los pacientes.

Dos de las nueve habitaciones cuentan con dispensadores de alcohol gel.

Las habitaciones miden 12 metros cuadrados, revestidos en su totalidad de baldosas y azulejos, material de fácil lavado.

En su interior todo lo necesario para cada paciente: chata, violín, palangana y bocal, cada cosa identificada según la cama, A o B.

La unidad del paciente consta de 6 metros cuadrados, en cada una encontramos la cama, un sillón, una silla, una mesa para comer y una mesita de luz.

El pedido de materiales se realiza diariamente en el turno de 0 a 6, se adjunta stock

Enfermería limpia y sucia:

- En ellas se encuentra todo el material que enfermería necesita para llevar a cabo su función, está todo de acuerdo a las necesidades para las cuales fueron destinadas y se trabaja de acuerdo a las normas establecidas.

Contamos con la habitación 12, de cuidados especiales:

- En ella ingresan pacientes por indicación médica que requieran de monitorización cardíaca.

- Cuenta con dos monitores cardíacos, en correctas condiciones.

- Esta habitación cuenta con medicación y material específico en su interior, el cual enfermería controla cada 15 días.

¿Quiénes ingresan ptes al sector?

- Médicos generales titulares del servicio: Dr. Pessolano, Dr. Prieto, Dr. Chimiél, Dr. Magalhaes
- Internistas: Dra. Jimena Prieto, Dr. Eduardo Quintana.
- Especialistas.

Ingresos de otro sector a Medicina.

Desde policlínica del médico medicina general, o de domicilio enviado por el médico general.

1. Desde CTI, coordinando previamente el intensivista con el médico, que va a seguir al pte en sala, y/o con el internista de piso, con la documentación correspondiente e indicaciones a seguir en medicina.

El pte de CTI será egresado en horario prudencial, refiriéndonos a horas del día; de ser dado de alta por descarga de pacientes en horarios como el vespertino y la noche deberán los médicos intensivistas hacerse cargo de la evolución del mismo hasta ser transferido al médico que lo seguirá en sala.

2. Desde Emergencia, el médico de guardia interna, en situaciones límite de falta de camas, y en horarios inapropiados por el mismo motivo, debiendo ser el responsable de la evolución del paciente hasta transferirlo al médico tratante, o médico de sala.

3. Si hablamos de ingresos durante el día, el aval del ingreso será del médico general titular del servicio, o especialista al cual responda la afección del paciente.

4. Desde Emergencia los pacientes pueden ser coordinados para su ingreso con el internista de piso de estar en los días de guardia los mismos. (Dra. Prieto, Dr. Quintana, Dr. Magalhaes).

5. Desde Cirugía, lo derivará el médico cirujano que determine que tiene el alta quirúrgica, en forma coordinada con el médico que seguirá al paciente en el sector medicina.

6. Desde MSP, coordinado previamente la cama con la Lic. Enfermería a solicitud de los nefrólogos, para los pacientes en Diálisis de agudos.

7. Desde Psiquiatría post tratamientos de E.C.T., por disposición del médico psiquiatra.

8. Desde Domicilio para PQT ya coordinado por duración del mismo, o tratamientos que no pueden realizarse en forma ambulatoria, por los controles indicados durante la administración de los mismos.

Ingresos desde otras instituciones.

1. Desde filiales del interior a través de Emergencia, con el trámite correspondiente de autorización.
2. Desde Sanatorio Americano en post- tratamientos, para rehabilitación y/o control.

ASIGNACIÓN DE MEDICO DE REFERENCIA

CUANDO INGRESEN PACIENTES A LA INSTITUCIÓN QUE NO TIENEN MÉDICO DE REFERENCIA, SE LE ASIGNA:

- EN CASO DEL HOSPITALITO, EL MÉDICO CORRESPONDIENTE AL DÍA DEL INGRESO.
-
- EN CASO DE QUE EL PACIENTE EGRESE DEL CTI, CORRESPONDE QUE LO SIGA EL MÉDICO DE SALA QUE LO VIO ANTES DE INGRESAR A ESTE SECTOR (CTI)
SI EL PACIENTE NO TIENE MÉDICO DE REFERENCIA Y NO LO VIO EL DE SALA EL DÍA DEL INGRESO A CTI, LE CORRESPONDE QUIEN ESTÁ DE GUARDIA AL EGRESO.

EGRESO DE PACIENTES

- A domicilio
- A otro sector o institución
- Fallecimiento
- Internación domiciliaria

DEFINICIÓN

Los aislamientos son barreras físicas (medidas) que se interponen entre la fuente infecciosa (paciente infectado o colonizado) y la personas susceptibles (otro paciente, personal, familiares), para disminuir la posibilidad de transmisión de infección o colonización de gérmenes patógenos o infecciosos.

Se diferencian 2 grandes tipos de barreras físicas:

1-Precauciones estándar

2-Barreras diseñadas para enfermedades específicas y de acuerdo a la forma de contagio, que están basadas en la forma en que se transmite la infección de un paciente a otras personas: a través de contacto (directo o indirecto) o respiratorio (gotitas o aerosoles), o también llamados aislamientos.

Cuando hablamos de transmisión de enfermedades y como actuar para minimizar o evitar los riesgos de transmisión de infección en los Hospitales hablamos de bioseguridad. La bioseguridad es la doctrina de comportamientos encaminados a lograr en todo el personal de la Institución adherencia al cumplimiento de las barreras de protección, o barreras físicas.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR

¿QUÉ SON?

Son barreras que se toman para la atención de todos los pacientes, se conozca o no su patología, atañe a todos los trabajadores sanitarios (bioseguridad) sea cual sea su profesión, se tienen que utilizar estas barreras en todos los momentos donde puede existir el riesgo o posibilidad de salpicaduras de sangre o de fluidos corporales (excepto sudor y lágrimas), tanto excreciones como secreciones tengan sangre o no, con piel no intacta y membrana mucosa.

¿CUÁLES SON? :

Las barreras de precaución estándar o de protección son las siguientes:

1 - Higiene de manos

2 - Uso de guantes

3 - E P P; (equipo de protección personal) uso de bata o sobretúnica ,uso de tapabocas, lentes, zapatones, gorros (en todas aquellas circunstancias que se realizan procedimientos con riesgo de salpicaduras hemáticas, o de fluidos corporales)

4 – Descarte de corto punzantes

5 – Control ambiental (protocolos de limpieza y desinfección de superficies y protocolo del manejo del material utilizado en la atención del paciente)

6 – Descarte de ropa

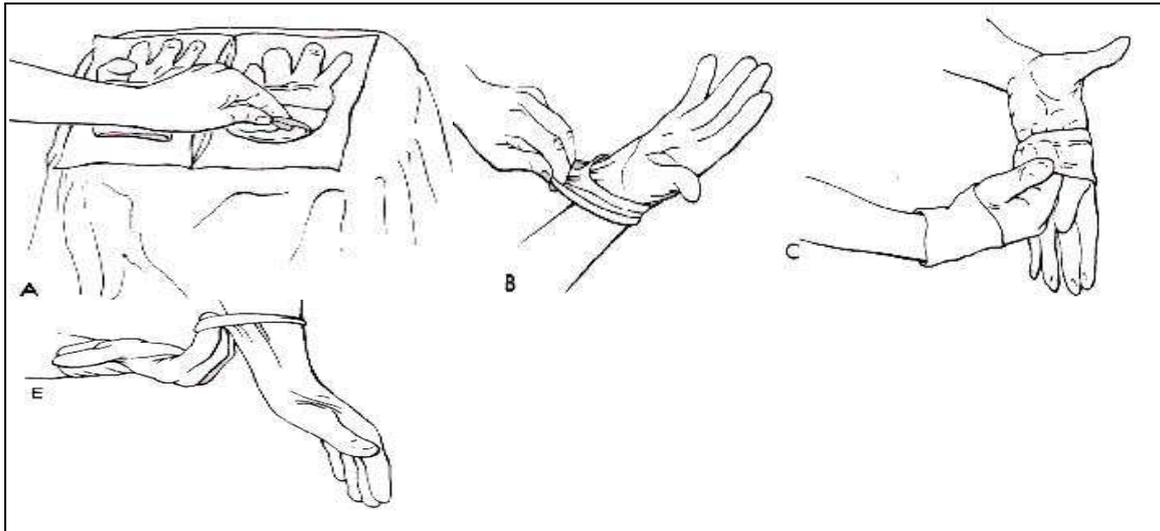
7 – Descarte de residuos

8 – Ubicación de pacientes

9 – Traslados de pacientes

LO IMPORTANTE PARA EL PERSONAL SANITARIO ES CONOCER CUALES SON, EN QUE MOMENTO SE DEBEN UTILIZAR Y COMO HACERLO CORRECTAMENTE.

- *LA HIGIENE DE MANOS TRATADA EN CAPITULO APARTE POR LA IMPORTANCIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD.*
- *USO DE GUANTES*
- *Se deben usar guantes para evitar la contaminación gruesa de las manos al exponerse al contacto con sangre o los fluidos corporales.*
- *Previene que las manos se contaminen con microorganismos.si se usan en forma adecuada.*
- *Se deben usar en forma individual por paciente, y entre dos zonas diferentes del organismo de un mismo paciente se deben cambiar los guantes.*
- *Lavarse las manos antes y después de usar guantes, ya que su uso no sustituye el lavado de manos,*
- *No tocar objetos luego de haber tocado zonas contaminadas. Se usan y se retiran en forma inmediata, teniendo cuidado de no abrir puertas, tocar superficies (mesas de comer, sillas, teléfono, Historia Clínica).*
- *Se usan de látex comunes para todas las actividades que impliquen contacto con sangre, fluidos corporales o tocar elementos contaminados.*
- *De látex estériles se utilizarán para todos los procedimientos invasivos y quirúrgicos .Toma de muestras para hemocultivos.*
- *Para limpieza y desinfección de superficie se utilizan guantes de goma gruesa.*
- *Se descartan en bolsa roja con tapa*



FORMA DE COLOCARSE LOS GUANTES ESTÉRILES

3. EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

- **SOBRETÚNICAS O BATAS:** se utilizan cuando hay posibilidad o riesgo de salpicaduras de sangre o fluidos corporales o aerosoles en el momento de la atención del paciente. Se utilizan en todas aquellas circunstancias que se prevé pueda contaminar el uniforme de trabajo o la piel del operador y/o ayudante, como el objetivo es proteger, la bata debe ser de manga larga y hasta 1/3 de la pierna.
- 1 – Lavado de manos antes de colocar la bata y luego de retirarla
- 2 – Para actos quirúrgicos y procedimientos invasivos se utilizan (por vez) batas impermeables y estériles, luego se descartan
- 3 – Si el derrame de sangre o fluidos es muy grande se deben utilizar impermeables , no es necesario que sean estériles
- 4 – Se utilizan individual por paciente.
- 5 – Se cambian cada vez que se ensucian y si no cada 24 horas.
- 6 - Deben permanecer en la habitación del paciente, colgadas con la parte delantera hacia adentro
- 7 – En los aislamientos descartar dentro de la habitación, en la bolsa correspondiente según normas.

MASCARILLAS O TAPABOCAS

- *Previenen la transmisión de infección a través de las gotitas o aerosoles protegiendo la mucosa respiratoria.*
- *Previenen contaminación del área con secreciones naso - orales del personal.*
- *Es de uso individual*
- *Deben quedar bien adaptados ,cubriendo boca y nariz*
- *Se debe realizar higiene de manos al retirar*
- *Existe el tapabocas común o quirúrgico y el de filtro de partículas (95 %), llamado N 95.*
- *El tapaboca N95 se puede utilizar por la misma persona mientras que se mantenga seco y limpio, se guardan en el bolsillo en bolsa de papel cerrados.*

ANTIPARRAS O LENTES

- *Sirven para proteger la mucosa ocular siempre que exista riesgo de salpicaduras tanto de sangre como de otros fluidos o líquido contaminado, así como en el caso de desinfectantes de alto nivel.*

ZAPATONES Y GORROS

- *Se utilizan cuando hay posibilidad de ensuciar zapatos y luego contaminar otros lugares.*
- *El gorro cuando se prevé gran cantidad de salpicaduras o protección del área quirúrgica por caída del cabello.*
- *En aislamientos de protección de inmunocomprometidos.*
- *Lavado de manos al retirarlos*

CÓMO COLOCAR Y QUITAR EL EPP CON SEGURIDAD

La secuencia para colocar el EPP es la siguiente:

- 1. Lavado de las manos.*
- 2. Bata: Para colocarse una bata, primero seleccione el tipo apropiado para la tarea.*
- 3. Mascarilla quirúrgica o Respirador para partículas N 95 (según indicación), mascarilla sobre la boca, nariz y barbilla. Ajuste la pieza flexible de la nariz a la forma del puente de su nariz; amarre las correas superiores atrás de su cabeza y las inferiores en la base de su cuello.*

Si su mascarilla tiene bandas elásticas para la cabeza, separe las dos bandas, sostenga la mascarilla en una mano y las bandas en la otra.

Coloque y sostenga la mascarilla sobre su nariz, boca y barbilla, luego estire las bandas sobre su cabeza y asegúrelas cómodamente; una banda en la parte superior de su cabeza y la otra debajo de las orejas en la base del cuello.

Ajuste la mascarilla para que se adapte. Recuerde, usted no debe estar tocándola



Para chequear el ajuste de un respirador, inhale y el respirador debe plegarse.

Cuando usted exhala, verifique si sale aire alrededor de la mascarilla en su cara.

4 - Gorro para el cabello (si corresponde)

5 - Gafas protectoras o protector facial: Coloque las gafas protectoras sobre sus ojos y asegúrelas a la cabeza usando las piezas de los oídos o la banda de la cabeza. Ajuste el equipo para que se adapte cómodamente. Las gafas deben sentirse ajustadas pero no apretadas

6 - Guantes: Los guantes son el último artículo en colocarse seleccionar el tipo de guante necesario para la tarea en la talla que mejor se le ajusta.

Introduzca cada mano en el guante apropiado y ajuste los guantes conforme sea necesario para comodidad y destreza. Si usted está usando una bata de aislamiento, coloque los puños de la bata debajo de cada guante. Esto proporcionará una barrera de protección continua para su piel.

LA SECUENCIA PARA QUITAR O REMOVER EL EPP ES LA SIGUIENTE:

Remover en la antesala siempre

1 - Guantes:

2 - Lavarse las manos

3 - Bata o sobre túnica

4. Gafas protectoras y las gorras (si se usa)

5. Mascarilla: El proceso de remover un respirador de partículas es similar al de la mascarilla. Levante el elástico inferior sobre la cabeza primero. Luego remueva el elástico superior. Esto debe hacerse despacio para evitar que el respirador se “suelte” en la cara. Cuando descarte la mascarilla, evite tocar el frente de la misma.

6 -. Botas: El último artículo a remover serán las botas si está usando. Colóquelas en un contenedor apropiado.

7 - Lavarse las manos: Deberá lavarse las manos por segunda vez, esta vez hasta la muñeca, con jabón y agua, y secarlas. El paso final es descontaminar sus manos

4. DESCARTE DE CORTOPUNZANTES

- *Los descartadores son recipientes rígidos de color amarillo y de tapa roja que permite contener todo el material utilizado en la atención del paciente de orden cortante o punzante. En el momento que se comienza a usar se debe rotular el mismo con los siguientes datos: servicio, fecha de inicio de uso.*
- *Al descartar todas las agujas, hojas de bisturí, agujas de suturas se descartan en recipientes rígidos lo más cercano posible al lugar de trabajo.*
- *Utilizarlos hasta $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad*
- *Se descartan en bolsa roja con tapa*
- *Se recomienda: no reencapuchar agujas, ni doblarlas, no romperlas ni separar agujas de jeringas.*

5. CONTROL DEL MEDIO AMBIENTE

- *Respetar y cumplir con las normas de limpieza de superficies y la desinfección de los mismos.*
- *Respetar la dilución correcta de los desinfectantes utilizados en la limpieza de todo el Hospital.*
- *Cumplir con los protocolos de las manchas de sangre.*
- **VER CAPITULO LIMPIEZA HOSPITALARIA**

6. ROPA UTILIZADA

- *MANIPULAR, DESCARTAR, TRANSPORTAR, Y PROCESAR la ropa de manera tal que evite la exposición de piel y mucosas o de la ropa o al ambiente, no airear ni depositar ropa sucia en el suelo, ni en mesas de comer, etc.*
- *Colocar la ropa directamente a la bolsa adecuada (en COMERO bolsa negra y roja con tapa), la ropa con sangre o fluidos corporales en bolsa roja.*

MATERIAL UTILIZADO

- *El material inyectable es descartable, lo mismo que tubuladuras de sueros y elementos para punción venosa.*
- *El material reusable debe manipularse de manera tal que se realice la limpieza, desinfección y esterilización del mismo protegiendo de las exposiciones de la piel y mucosas del operador desde el momento de utilización hasta el de almacenamiento para volver a ser usado.*
- *Se deben cumplir con todos los protocolos de Centro de Esterilización.*
- *En la atención de los pacientes utilizamos material estéril y se respetan todos los procedimientos según protocolos de acción de cada técnica o procedimiento.*

7. DESCARTE DE RESIDUOS

Los residuos hospitalarios los clasificamos y según esa clasificación se descartan y se resuelve la disposición final: recolección municipal o esterilización y luego disposición final municipal.

- *En bolsa roja con tapa, descartamos jeringas, guantes, gasas o algodones con sangre o fluidos corporales, material de curaciones contaminadas,*

riñones descartables utilizados con material contaminante, descartadores rígidos llenos.

- *En bolsa negra todo lo que es papel , envolturas, material plástico no inyectable*
- *En resumidero de Enfermería sucia todos los líquidos contaminados.*
- *En caja de cartón vidrios rotos y ampollas.*

8. UBICACIÓN DE PACIENTES.

1. *Será individual la habitación sólo cuando el paciente por su patología contamine el ambiente.*
2. *Cuando tenga protección por inmunodepresión.*
3. *Cuando por su conducta no mantenga líneas de higiene básicas.*

9. TRANSPORTE DE PACIENTES

- *Ante afecciones infecciosas que requieran aislamientos se trasladan si es necesario y considerando que se deben mantener todas las barreras que imponen su aislamiento durante todo el traslado.*
- *Se avisa al servicio que va a ser derivado el paciente y qué tipo de aislamiento tiene.*
- *Realizar limpieza del móvil que trasladó al paciente: ambulancia, camilla, silla de ruedas, ascensor cumpliendo con los protocolos de limpieza y desinfección.*

¿QUÉ SON?

Es el segundo nivel o eslabón de barreras diseñadas para el cuidado de pacientes específicos. Son precauciones basadas en la forma de transmisión de las enfermedades infecciosas.

Se toman en aquellos pacientes que se sospecha o se sabe están infectados por patógenos epidemiológicamente importantes y cuya difusión se realiza por contacto, aire o gotas.

Se reconocen en COMERO los siguientes aislamientos:

- *Contacto*
- *Respiratorio por aerosoles o por gotas*
- *Protección para pacientes inmunodeprimidos.*

En “anexo tarjetas de aislamiento” detallamos que se hace con cada uno de ellos y como los identificamos en nuestra Institución. Con tarjetas de colores y letras.

MEDIDAS GENERALES PARA TODOS LOS AISLAMIENTOS.

- *HABITACIÓN: individual deberá tener lavabo de manos y baño .Se pueden poner pacientes con la misma patología. (cohorte de pacientes)*
- *La puerta de la habitación debe permanecer cerrada*
- *Visitas restringidas, no embarazadas ni niños y la enfermera informará de las normas para la visita.*
- *Traslados: dar aviso del tipo de aislamiento donde va a ser derivado (rayos x, tomografía, sala de operaciones, mantener durante el traslado iguales*

barreras. Si es aislamiento respiratorio el paciente llevará mascarilla y el personal sanitario también.

- *Sólo se trasladarán si es necesario.*
- *MUESTRAS DE LABORATORIO se colocarán en recipientes específicos bien cerrados y en bolsa de nylon doble para evitar que se derramen.*
- *La limpieza se debe realizar en último lugar en cada turno y con utensilios individuales por aislamiento.*

En COMERO realizamos los siguientes aislamientos:

- De contacto
- De protección para inmuno deprimidos o inmuno comprometidos.
- Respiratorio: (de aerosoles y de gotitas).

Se identifican cada uno con colores y letras: utilizamos en la puerta de la habitación del paciente la tarjeta del color de aislamiento que corresponda.

Rojo + C = contacto

Celeste + R = respiratorio (aerosoles)

Rosado fuerte + G = por gotitas

Amarillo + I = de protección para inmuno comprometidos.

TRANSMISIÓN POR CONTACTO = El contacto puede ser directo o indirecto.

Por contacto directo supone contacto piel a piel (persona a persona) , o por las manos , o indirecto cuando pasa el agente infeccioso a un objeto contaminado normalmente inanimado (ambiente, instrumental, gasas, agujas..... todo el equipo y material utilizado en la atención del paciente, medicamentos , comidas)

TRANSMISIÓN RESPIRATORIA = POR GOTAS – POR AEROSOLES

POR GOTAS = ocurre a través del contacto próximo con un paciente infectado o colonizado, las gotas tienen un diámetro > de 5 micras y son generadas por las personas cuando tosen, el estornudo, el habla, respira y en algunos procedimientos donde generan gotas (fibrobroncoscopia – aspiración de secreciones).

Las gotas se depositan en mucosas y conjuntivas de personas que están a menos de un metro de distancia, porque no permanecen las gotas suspendidas en el aire y recorren cortas distancias.

POR AEROSOLES: ocurre por gotas infectantes que tienen un diámetro < a 5 micras, la diferencia con la anterior es que al secarse quedan suspendidas en el aire, recorriendo distancias más extensas y permanecen suspendidas en el aire por más tiempo.

En el próximo cuadro explicamos según la patología que tipo de precauciones colocamos y que medidas son necesarias (tabla explicativa de colores y letras).

En la segunda tabla explicamos tiempos de aislamientos por vía de transmisión, en cada enfermedad específica que necesite aislamiento.

CUANDO COLOCARLO	MEDIDAS A MANTENER
<p>C-PRECAUCIONES DE CONTACTO</p> <p><i>Pacientes con .</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>gérmenes multiresistentes</i> - <i>impétigo</i> - <i>escabiosis</i> - <i>pediculosis</i> - <i>abscesos grandes</i> - <i>conjuntivitis viral hemorrágica</i> - <i>varicela</i> - <i>diarrea en incontinentes</i> - <i>Ver resto en guía de aislamiento</i> 	<p>PRECAUCIONES ESTÁNDAR</p> <p>MÁS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Lavado de manos con agua y jabón o alcohol en gel</i> ● <i>En las diarreas lavado de manos no alcohol gel</i> ● <i>Habitación individual en casos de : grandes quemados , heridas de abundante drenado , en pacientes que no son capaces de mantener higiene adecuada,</i> ● <i>Ver situación en cada caso.</i> ● <i>Ropa y objetos del paciente en contacto directo son individual: camisolín, sábanas, chatas, palanganas, aparato de presión, termómetro, estetoscopio (en este último gasa alcoholada para desinfectar).</i> ● <i>descarte de cortopunzantes lo más cercano al área de trabajo.</i> ● <i>bolsas de residuos negra y roja con tapa</i> ● <i>No airear la ropa</i> ● <i>visitas pasar por enfermería por normas</i> ● <i>se permite un acompañante cumpliendo con iguales normas de barrera.</i>

- *no niños ni embarazadas*
- *los tubos de laboratorio deben salir envueltos en bolsas de nylon identificados*
- *limpieza en último lugar del turno, la auxiliar de servicio debe conocer y respetar las medidas del aislamiento, debe usar las barreras indicadas*
- *Para los traslados mantener iguales barreras, llamar al servicio que será trasladado, ascensor exclusivo del paciente.*
- *Gorros y zapatones no indicados de rutina.*

<p>R - PRECAUCIÓN RESPIRATORIA</p> <p>GOTAS < DE 5 MICRAS</p>	<p>PRECAUCIONES ESTÁNDAR</p> <p>MÁS</p>
<p>- TUBERCULOSIS</p> <p>- VARICELA</p> <p>- INFLUENZA H1N1</p> <p>- VER RESTO EN GUIA DE AISLAMIENTO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Habitación individual o cohorte de pacientes</i> ● <i>Higiene de manos según normas</i> ● <i>Mantener puerta cerrada</i> ● <i>Mascarilla N 95 para el personal que entra a la habitación y para el paciente si tiene que salir a estudios</i> ● <i>Elementos de controles de signos vitales individual en la habitación</i> ● <i>Bolsa negra y amarilla para descarte de residuos dentro de la habitación</i> ● <i>Descartador de agujas en habitación</i> ● <i>Secreciones en doble bolsa</i> ● <i>Visitas pasar por enfermería</i> ● <i>No niños ni embarazo</i> ● <i>Planear ventilación por 5 minutos con puerta cerrada y ventana abierta varias veces al día.</i> ● <i>Uso de mascarilla N 95 más de un uso por la misma persona, hasta que se ensucie o humedezca. Guardar en bolsa de papel por trabajador</i> ● <i>Transporte de pacientes mantener barreras , aviso al sector que va y ascensor uso exclusivo del paciente con mascarilla</i>

G PRECAUCIÓN RESPIRATORIA GOTAS > 5 micras	PRECAUCIONES ESTÁNDAR MÁS
<p>- <i>Meningitis por Hemophilus Influenzae, meningococco</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Infecciones por Micoplasma</i> ● <i>Pertusis</i> ● <i>Difteria</i> ● <i>Adenovirus</i> ● <i>Influenza</i> ● <i>Parotiditis</i> ● <i>ParvovirusB19</i> ● <i>Rubeola,</i> ● <i>Streptococco Grupo A</i> ● <i>Ver resto en guías de aislamiento</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Habitación individual o cohorte de pacientes separación mínima 1 metro</i> ● <i>Mantener puerta cerrada</i> ● <i>Lavado de manos con agua y jabón o alcohol gel</i> ● <i>Usar mascarilla quirúrgica si el contacto con el paciente es a menos de un metro.</i> ● <i>Visitas : pasar por enfermería, permite un acompañante</i> ● <i>No es necesario material propio para limpieza de superficies.</i> ● <i>Transporte: avisar del traslado y mantener barrera durante este.</i>

I - PRECAUCIÓN DE PROTECCIÓN	PRECAUCIÓN ESTÁNDAR
<p data-bbox="228 353 687 456">PARA INMUNOSUPRIMIDOS O INMUNOCOMPROMETIDOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="228 510 552 546">- <i>Neutrófilos < 500 /ml</i> <li data-bbox="228 600 707 636">- <i>Enfermedad hematooncológica</i> <li data-bbox="228 689 775 725">- <i>Tratamiento con inmunosupresores</i> <li data-bbox="228 779 316 815">- <i>Sida</i> 	<p data-bbox="1002 353 1070 389" style="text-align: center;">MAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="863 443 1353 604">● <i>Lavado de manos con agua y jabón <u>antiséptico</u> o aplicación con alcohol gel</i> <li data-bbox="863 636 1222 672">● <i>Habitación individual</i> <li data-bbox="863 703 1347 797">● <i>Educar a paciente y acompañante sobre cuidados</i> <li data-bbox="863 828 1366 1115">● <i>Cada vez que el personal entra en la habitación mantener todas las precauciones estándar y las de vías por modo de transmisión.</i> <li data-bbox="863 1146 1374 1375">● <i>Uso de sobretúnicas, de acuerdo al procedimiento se ve si es necesario estéril, y de la indicación del médico.</i> <li data-bbox="863 1406 1289 1442">● <i>Uso de gorro y zapatones</i> <li data-bbox="863 1473 1174 1509">● <i>Uso de mascarilla</i> <li data-bbox="863 1541 1198 1576">● <i>Alimentos hervidos</i> <li data-bbox="863 1608 1222 1644">● <i>No permitidas visitas</i> <li data-bbox="863 1675 1366 1890">● <i>Elementos de controles vitales propios para el paciente desinfectar con gasa alcoholada.</i> <li data-bbox="863 1921 1273 2016">● <i>Evitar entrada de libros carpetas, flores, plantas,</i>

peluches.

- *Elementos de limpieza propios del paciente.*
- *Uso de vajilla descartable ,*
- *Mantener aislamiento en los traslados*
- *Se limpia en forma rigurosa la unidad con material propio para esa unidad con material propio en primer lugar si es posible*



QUE DEBE TENER EN CUENTA ENFERMERIA EN

GENERAL

Preparación del equipo, verificando previamente las condiciones de uso e higiene, verificar que se le realizó la desinfección y / o esterilización según necesidad al equipo que se debe usar.

Lavado de manos por parte del operante, antes y después de cada procedimiento.

Brindar información básica al paciente, acerca del procedimiento a realizar y solicitar de ser posible su colaboración.

Preparar el medio ambiente donde se llevará a cabo el procedimiento a fin de:

- *Dar las mayores garantías de seguridad.*
- *Ofrecer privacidad al individuo, no exponerlo a la desnudez, ni otro sentimiento de impotencia y/o, vergüenza.*
- *Evitar molestias y/o complicaciones.*
- *Ubicar el equipo para el procedimiento, en una superficie firme, limpia y próxima al sitio de trabajo.*

Finalizar la tarea dejando al paciente en las mejores condiciones de higiene y comodidad.

El equipo utilizado debe de ser retirado de la unidad y sometido a la técnica de trabajo (lavado y acondicionamiento, a los efectos de ser nuevamente utilizado, o enviado al sector que corresponda).

Finalizada la tarea es responsabilidad de la auxiliar registrar en la Historia Clínica, en la hoja de indicación cumplida lo siguiente:

Fecha en que realizó la tarea.

Tipo de tarea realizada.

Firma del responsable.

Resultado de la misma.

Tolerancia del enfermo al procedimiento

IMPORTANTE:

- 1) *Es preciso concentrarse en lo que se está haciendo para lo cual es preferible trabajar solo y sin interrupciones.*
- 2) *En caso de medicación vía oral, si el paciente debe guardar ayuno se debe consultar si se administra o no. Si se administra vía oral se debe permanecer con el paciente mientras toma el medicamento.*
- 3) *Administrar la medicación de un paciente por vez. En caso de otras vías que no sean inyectables se puede llevar la medicación por habitación.*
- 4) *Si un paciente presenta signos y/o síntomas de reacción alérgica a la medicación administrada, comunicarlo inmediatamente y registrar en la Historia Clínica. Lo mismo si vomita o tiene otra alteración.*
- 5) *Si se comete un error comunicarlo a la licenciada inmediatamente y registrarlo en la Historia Clínica.*
- 6) *Cuando no se administra un medicamento registrar la omisión y el motivo de la misma.*
- 7) *No registrar la medicación antes de administrarla y no registrar medicación que haya administrado otra persona.*
- 8) *Registrar lo administrado lo más pronto posible, luego de haberlo hecho, para evitar olvidos.*
- 9) *Registrar el nombre del medicamento administrado, es decir, si es un similar del indicado, registrar el nombre del que se dio y no el nombre que figura en la indicación.*
- 10) *La administración de medicamentos incluye: su preparación, administración propiamente dicha y vigilancia de los efectos esperados.*

Por lo tanto a los 30 minutos se debe controlar al paciente; temperatura en caso de antipiréticos, la diuresis en caso de diuréticos, dolor en caso de analgésicos, presión arterial en caso de anti hipertensivos.

- 11) Todos debemos trabajar en equipo, es decir todas las profesiones sanitarias orientadas al cuidado de la salud de la persona, donde esté dispuesto que desarrollemos nuestro trabajo, por esa razón siempre tendremos a quién recurrir si no sabemos algo, o tenemos dudas. Consultar, consultar, consultar, si no estamos seguros o no sabemos realizar algún procedimiento*
- 12) Darse el tiempo justo para cada cosa, no correr pero si tener una actitud alerta y ágil*
- 13) No permitirse en su accionar ante cada procedimiento o técnica a su cargo actitudes negligentes, imprudentes o de impericia*

ES LA MEDIDA MÁS ECONÓMICA, SENCILLA Y EFECTIVA PARA EVITAR LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

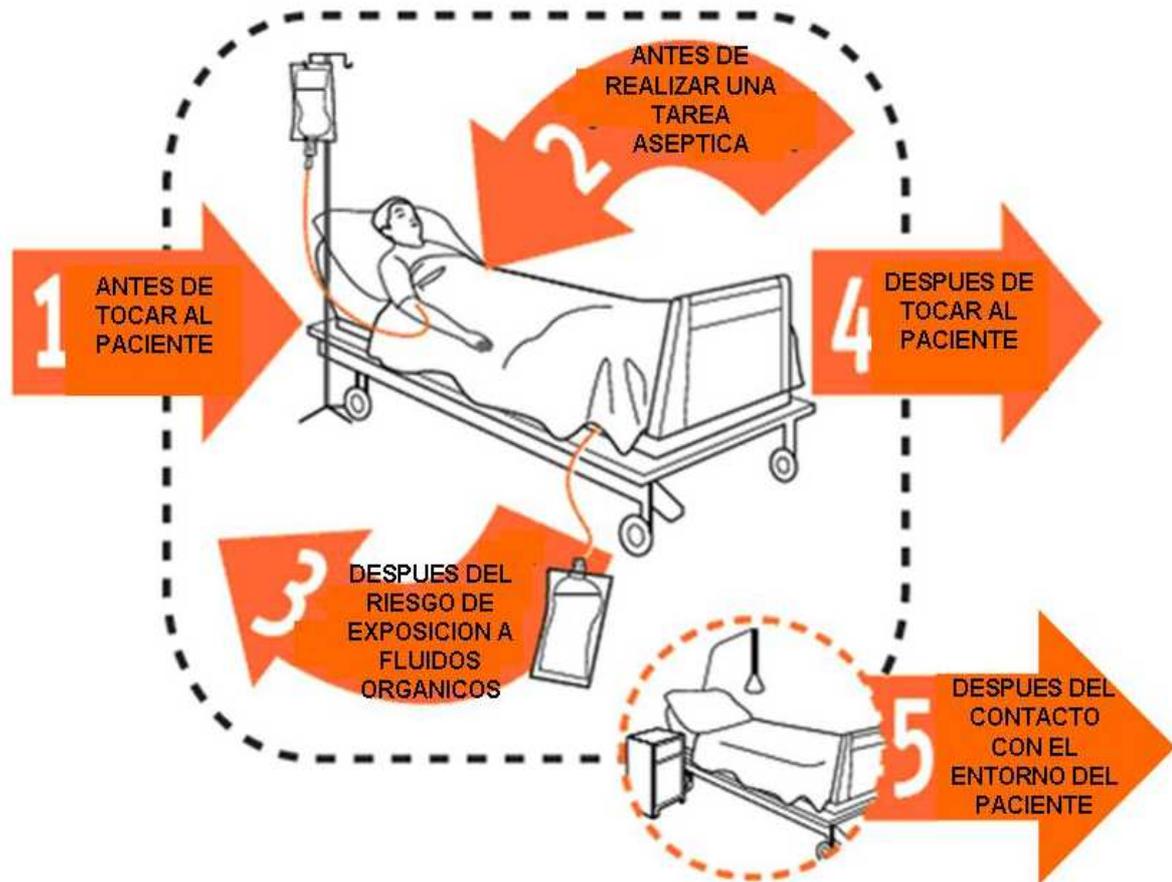
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- ♣ Higiene de manos: se aplica en general cuando nos referimos a: lavado de manos, fricción de manos con antiséptico, antisepsia quirúrgica de manos, antisepsia de manos.
- ♣ Lavado de manos: lavado con agua y detergente común.
- ♣ Fricción de manos con antiséptico: aplicación de un producto (alcohol gel) en todas las superficies de las manos
- ♣ Antisepsia de manos: es el lavado de manos antiséptico o fricción de manos antiséptico, implica el uso de detergente o gel con antiséptico.
- ♣ Antisepsia quirúrgica de manos: se refiere al lavado de manos realizado previo a un procedimiento invasivo, por parte del equipo quirúrgico. El detergente debe tener actividad antimicrobiana persistente o residual.

INDICACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS EN LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA

- ♣ Cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con sangre o fluidos corporales
- ♣ Antes del contacto con pacientes
- ♣ Antes y después de cada procedimiento con el paciente
- ♣ Antes de pasar de un sitio a otro del paciente
- ♣ Antes y después de colocarse guantes
- ♣ Antes y después de ir al baño
- ♣ Al inicio y al final de la jornada de trabajo
- ♣ Al final del contacto con un objeto contaminado usado por un paciente (equipamiento médico)
- ♣ Si cursamos un cuadro de resfrío, posterior a tocarnos la nariz.

LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS



INDICACIONES PARA EL USO DE ALCOHOL GEL

Cuando las manos no están visiblemente sucias con sangre u otros fluidos corporales.

EN COMERO PRIORIZAMOS LA HIGIENE DE MANOS. En cada antesala disponemos de pileta con todos los elementos necesarios para la técnica del lavado de manos.

PRODUCTOS UTILIZADOS EN COMERO

- Detergente común
- Clorhexidina al 0.4% (lavado quirúrgico y procedimientos invasivos)
- Alcohol gel
- Toallas de papel para el lavado común
- Toallas estériles para el lavado quirúrgico

PROCEDIMIENTO DEL LAVADO DE MANOS

- I. Subir las mangas hasta el codo y retirar alhajas de manos y muñecas
- II. Abrir el agua y humedecer las manos
- III. Colocar escasa cantidad de jabón (2 impulsos de válvula)
- IV. Expandir el jabón por toda la superficie de las manos y muñecas, y friccionar por lo menos 15 segundos, haciendo que la fricción abarque toda la mano (palma, dorso y espacios interdigitales)
- V. Enjuagar con abundante agua
- VI. Retirar la toalla de papel, secar las manos, luego las muñecas y cerrar la canilla con la misma toalla del secado de manos
- VII. Descartar la toalla en bolsa negra
- VIII. En el caso de usar jabón en barra, mantener en lugar que permita el escurrimiento, si usa toalla de tela siempre lo más seca posible, no se recomienda su uso en hospitales.

PROCEDIMIENTO DE FRICCIÓN CON ALCOHOL GEL

1. Se recomienda su utilización en todas las situaciones de atención de salud o cuidado que implique lavado de manos. Se exceptúan las siguientes situaciones: manos sucias visiblemente, al brindar atención a pacientes con diarrea, antes de comer y luego de usar el sanitario.
2. Se usa en estos momentos: antes de tocar al paciente, inmediatamente antes de cualquier procedimiento, después de exposición a fluidos corporales (orina, drenajes, heridas), después de tocar al paciente o el ambiente que lo rodea, después de tocar el ambiente inmediato del paciente.
3. Aplicar 2 pulsaciones del producto o según indicaciones del fabricante en la palma de la mano
4. Frotarse las palmas de la mano entre si
5. Frotar la palma de una mano contra el dorso de la otra y viceversa
6. Frotarse las palmas de las manos entre sí, ahora entrelazando los dedos
7. Frotar el dorso de los dedos de cada mano con la palma de la opuesta agarrándose los dedos
8. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar de cada mano rodeándolo con la palma de la otra
9. Frotar la punta de los dedos de cada mano contra la palma de la otra también con un movimiento de rotación
10. Una vez secas sus manos son seguras

LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS

- A. Remover anillos, relojes, pulseras o brazaletes, antes de dar comienzo al lavado
- B. Recoger mangas hasta el codo
- C. Bajo el chorro de agua limpiar y remover la suciedad probable de las uñas, usar jabón antimicrobiano (en COMERO clorhexidina al 0.4 %)
- D. Friccionar las manos y antebrazos por un tiempo no menor a 2 minutos y no mayor a 6 minutos
- E. Enjuagar con abundante agua y secar con toalla estéril.

CUIDADOS DE TODOS LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

- Deben cumplir con las normas del lavado de manos y buscar adherencias de que todo el personal se comprometa con esta norma.
- Mantener las uñas cortas y limpias
- Los recipientes de detergente líquido no se rellenan, cuando se vacía un recipiente se lleva al centro de materiales para su procesamiento y se trae otro lleno.
- En el centro de materiales se lavan, desinfectan, enjuagan y secan antes de volver a llenarlo con jabón
- Usar cremas humectantes que minimicen la resequedad de la piel, evitando lesiones
- Estamos adheridos 100% con la importancia del lavado de manos en la prevención de infecciones, por eso en cada lugar que hay un paciente disponemos de la infraestructura para poder cumplir con el lavado de manos (lavatorio con dispensador de jabón líquido y toallas descartables)

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

IMPORTANTE: NO CONFUNDIR VALORACIÓN CON ACCIONES REALIZADAS CON EL PACIENTE DURANTE UNA INTERNACIÓN O CONSULTA EN EMERGENCIA.

- Se realiza en forma completa al ingreso del paciente, se hace además de completa con todos los datos que tiene la guía, esta valoración puede ser céfalo caudal, poniendo especial cuidado en el órgano afectado y su efecto en el resto de los órganos, así como respuesta del paciente y familia a la situación que están viviendo.
- Se escribe en forma clara, prolija y concreta; realizando una jerarquización de lo que se registra en indicaciones cumplidas.
- Si la valoración es de un paciente que ya está internado se hace completa en la mañana y en el resto de los turnos se registran en la HC todos los cambios en el estado bio psico social o eventos diferentes ocurridos con ese paciente en cada turno. BASANDO ESTA MEDIDA EN QUE LA SITUACIÓN PUEDE VARIAR DE UN MOMENTO A OTRO Y QUE ESO DEBE REFLEJAR NUESTROS REGISTROS EN LA HC.

- La Licenciada de Enfermería del horario debe dirigir y ver que se escribe en la valoración de cada uno de los pacientes internados en su servicio. Con esta medida se cumplen con dos objetivos: 1 - que el personal auxiliar de Enfermería obtenga destreza en la valoración de los pacientes
2 – que la valoración sea una de las bases para el plan de cuidados integral para cada paciente internado o en Emergencia.

EL PASE DE GUARDIA DE PACIENTES INTERNADOS SE DEBE ESCRIBIR EN UN CUADERNO DE NOVEDADES.

LA VALORACIÓN LA ESCRIBIMOS CADA VEZ QUE SE REALIZA EN LA HOJA DE INDICACIONES CUMPLIDAS

¿QUÉ ES LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA?

Es el primer paso del diagnóstico de Enfermería, método que utilizamos para organizar toda la información del paciente, base de la identificación de problemas del paciente tanto en lo referente a la fisiología, psiquis, emocional o social de toda persona a la cual le debemos brindar cuidados.

¿POR QUÉ SE HACE?

La función de nuestra profesión es brindar cuidados de Enfermería con el fin de contribuir a restaurar la salud, conservarla o acompañar a la persona si ya no es posible su curación. Es no causar daño, eso implica conocimiento de la necesidad de cuidados en forma individual y en todo momento que sea necesario.

Es el modo que enfermería tiene para:

- IDENTIFICAR PROBLEMAS REALES O POTENCIALES
- CONOCER EL ESTADO FISIOLÓGICO, PSICO/EMOCIONAL, Y SOCIAL DE LA PERSONA QUE TIENE QUE CUIDAR.
- ESTABLECER UNA COMUNICACIÓN CON PACIENTE Y FAMILIA
- AYUDAR A LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS QUE PROPORCIONEN BIENESTAR.
- AYUDAR A QUE LA ENFERMERA PUEDA JERARQUIZAR LOS PROBLEMAS DEL PACIENTE Y ASÍ PRIORIZAR LOS CUIDADOS O MEDIDAS A TOMAR, DE ACUERDO A LA GRAVEDAD; CONSECUENCIAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD O EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA MISMA.
- **¿DÓNDE SE HACE?**
 - En el lugar donde se encuentra el paciente, cualquiera de los lugares donde trabaja la enfermera, cuando se realiza examen físico o de alguna región del cuerpo, se debe tener en cuenta la privacidad y confort del paciente, así como la seguridad y las condiciones del lugar (limpieza, temperatura)

¿CUÁNDO SE HACE?

- Al ingreso del paciente
- Cada vez que sea necesario según el estado del paciente. No olvidar que la situación puede variar y el estado o evolución también puede cambiar.
- Es individual para cada paciente, ya que la valoración tiene una metodología u orden para no perder información u obtener la misma en

forma ordenada, pero NO ES RUTINARIA, DEPENDE DEL ESTADO DE CADA PACIENTE.

- Esta valoración puede ser céfalo caudal : de la cabeza a los pies
- Puede ser por sistemas o aparatos.
- Recordar para pacientes GRAVES
 - A - VIA ÁEREA
 - B- RESPIRACIÓN
 - C- CIRCULACIÓN

- Luego de la valoración del ingreso , se hace por lo menos una vez en cada turno registrando cada vez que sea necesario los cambios en el estado, respuesta a medidas tomadas en relación a la valoración, nuevos problemas, resolución de los mismos, etc.
- Recordar que: EVALUAMOS O VALORAMOS, TOMAMOS MEDIDAS O ACTUAMOS, VEMOS RESPUESTA, CONFIRMAMOS PROBLEMAS DE SALUD DETECTADOS, SE ANALIZAN PROGRESOS O RETROCESOS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD.

- **¿CÓMO SE REALIZA?**
 - TENIENDO CONOCIMIENTOS SÓLIDOS DE LA FISIOLOGÍA NORMAL, PARA PODER EVALUAR LO ANORMAL,
 - ESTUDIANDO PARA ADQUIRIR HABILIDADES NECESARIAS PARA ATENDER EN FORMA ADECUADA LOS PACIENTES.
 - RECOGIENDO LA INFORMACIÓN CON GUÍAS SISTEMÁTICAS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS, SOBRE TODO SI NO SE TIENE EXPERIENCIA.
 - LOS DATOS PARA LA VALORACIÓN SE OBTIENEN MEDIANTE LA ENTREVISTA, LA OBSERVACIÓN Y EL EXÁMEN FÍSICO.

- **La observación.**

Es utilizar los sentidos para obtener información.

Examen físico: Se realiza mediante 4 técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **La entrevista** permite:

4. Relacionarnos con el usuario.
5. Conocer los datos de su identificación:

- Nombre.
- Edad.
- Sexo.
- Raza.
- Nacionalidad.
- Estado civil.

También aporta datos relacionados a:

- La imagen que el paciente tiene de sí mismo.
- Sus creencias.
- Sus expectativas.
- Su entorno familiar y laboral.

La enfermera debe de prestar atención a los elementos de comunicación no verbal que utiliza el usuario y que pueden resultar útiles en el diagnóstico de la enfermedad. Estos son:

- Expresión facial.
- Tono de voz.
- Posturas que adopta con el cuerpo, posiciones o manifestaciones de sentimientos

Todos estos elementos son la base para poder planear el cuidado acorde a las necesidades del usuario.

La enfermera debe de obtener información completa mediante preguntas específicas que le permitan al usuario identificar y comunicar su estado:

- ¿Qué lo hizo consultar?
- ¿Qué le molesta?
- ¿Cuál es su mayor preocupación?

Debemos incluir y especificar los detalles de sus molestias.

Es importante utilizar en los registros las propias palabras del usuario, ya que esto posteriormente da una visión más acertada de su demanda.

- En cuanto al **examen físico**:

SISTEMA NERVIOSO.

Se valorará el estado de conciencia: orientación en tiempo y espacio, lúcido, vigil, desorientado, obnubilado, con deterioro intelectual, excitado.

Este sistema se evaluará en todos los casos y en primer lugar, ya que al leer las evaluaciones deberemos de conocer independientemente del sistema afectado, el estado de conciencia de cada paciente.

Luego si le daremos prioridad al sistema afectado y demás en orden prioritario

SISTEMA RESPIRATORIO.

Permeabilidad de la vía de aire.- COMO RESPIRA

- Frecuencia respiratoria. (taquipnea, bradipnea, eupnea)
- Trabajo respiratorio si existe o no
- Presencia de disnea.
- Coloración de piel y mucosas.
- Movimientos torácicos: amplitud, simetría., ruidos respiratorios
- Saturación de oxígeno.

Tener en cuenta el estado emocional del paciente, ya que la angustia y la depresión incide en los parámetros respiratorios.

SISTEMA CARDIOVASCULAR.

- Sistema cardiovascular central: frecuencia cardíaca, ritmo, presión arterial.
- Sistema cardiovascular periférico : pulso de los 4 miembros, coloración de

la piel

- Si hay dolor: localización, irradiación, intensidad, duración.
- Lo que orina el paciente
- Presencia de edemas

Repercusión de las alteraciones sobre los otros sistemas.

SISTEMA DIGESTIVO

- Presencia de piezas dentarias, o no
- Presencia de focos sépticos.
- Trastornos de la deglución.
- Reflujo gástrico.
- Tolerancia o intolerancia a los alimentos
- Ayuno y tiempo de ayuno
- Presencia de vómitos (cantidad y características)
- Estreñimiento, diarreas, rectorragia, melenas.
- Disfagia.
- Náuseas
- Materia fecal : características

SISTEMA NEFROURINARIO

- Diuresis: volumen (diario o por hora)
- Características de la orina: color, olor.
- Características en la emisión de la orina: continuidad del chorro, ardor miccional.
- Incontinencia: total o parcial.
- Retención de orina, mediante dolor supra púbico (globo vesical), inquietud en los ancianos hasta llegar a la excitación psicomotriz

- Si tiene sonda vesical, fecha del último cambio, número de calibre de la sonda colocada
- Si la micción es espontánea, si es asistida por diuréticos, mantener el monitoreo de la respuesta.

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO.

- Huesos.
- Masas musculares.
- Articulaciones.
- Si se moviliza por si mismo
- Estado de postración, tiempo de la misma
- Disminución de fuerzas, desde cuando y de qué miembros
- Marcha inestable.
- Dolores, localización, intensidad, características del mismo, si aumenta o no con los movimientos
- Calambres

SISTEMA TEGUMENTARIO.

- Humedad.
- Temperatura.
- Textura.
- Presencia de lesiones, definir las mismas, características, extensión, medidas tomadas con las mismas
- Prurito.
- Coloración.
- Hidratación.
- Integridad.

GENITALES.

- Valorar genitales externos.
- Presencia de lesiones.
- Prolapsos en la mujer.
- Hernias inguinales en el hombre.
- Dolor pelviano: ubicación, irradiación, intensidad, evolución.
- Higiene de los genitales.

En todo momento de la valoración debemos fijarnos si existen drenajes, (característica del mismo, si cumple con su función, si está permeable, cantidad de lo que drena y características del líquido drenado).

También debemos valorar en todas las regiones corporales la presencia de heridas, ya sean quirúrgicas, quemaduras, debemos clasificar la misma (según capítulo de heridas de este manual), y detallar el máximo posible de datos que sean relevantes para seguir la evolución de la misma en posteriores evaluaciones.

Cuando decimos que un paciente movilizó debemos decir características y cantidad de la materia, si sabemos que es un paciente con diarrea (número de veces, consistencia), lo importante es que la enfermera VEA por sí misma las materias.

Lo mismo ante existencias de sangrados digestivos VER Y REGISTRAR.

Si hay vómitos VER y registrar.

Es importante para evaluar sangrados digestivos que la enfermera alerte al familiar que no descarte lo que movilizó el paciente hasta que la enfermera vea las materias.

Cuando enfermería realiza la valoración, debe notificar a la Licenciada de Enfermería cualquier alteración encontrada, cualquier cambio en el estado del paciente. También es la Licenciada quien se encargará de la supervisión de todas las valoraciones y registros que realiza cada enfermera en su turno y en la Historia Clínica.

Si es importante realizar una correcta valoración de enfermería, también lo es el registro en la H C .

VER CAPITULO DE REGISTROS DE ENFERMERIA.

Cuando hablamos de registros de enfermería nos referimos a la acción que llevamos a cabo para dejar constancia por escrito de todas las actividades realizadas con el paciente en su historia clínica o en el documento que la institución donde trabajamos estipule para ese fin.

En comero enfermería debe realizar registro de lo realizado con cada paciente en la historia clínica, eso es en el caso de los pacientes internados en cualquiera de nuestros servicios, en las consultas externas de emergencia en las planillas destinadas a ese fin.

La historia clínica es un documento en el cual todo el equipo de salud que atiende ese paciente tiene acceso para registro de las actividades u observaciones realizadas, así como todos los documentos pertenecientes al paciente, en lo que se relaciona con su patología (resultados de análisis, informes, consultas médicas, de especialistas, etc.).

La historia clínica de cada persona permanece en el servicio de archivos médicos, y es donde la solicitamos cada vez que ingresa un paciente.

Todos los profesionales debemos ser conscientes de la importancia legal que tiene la historia clínica y lo que en ella se registre.

Palabras claves: historia clínica

calidad de información

responsabilidad

El armado de la historia clínica del paciente internado tiene un orden que es el siguiente:

- *hoja 1 - hoja de constancia de internación (ingreso de admisión)*
- *hoja 2 – cuadrícula de signos vitales*
- *hoja 3 - hoja de ingreso- egreso*
- *entre hoja 3 y hoja 4 se colocan todos los resultados de análisis e informes, documentos varios.*
- *hoja 4 – evolución clínica*
- *hoja 5 – indicaciones médicas- indicaciones cumplidas*

La historia clínica es única para cada paciente tiene carácter confidencial y valor jurídico legal, está amparada por el secreto profesional y están comprometidos médicos, técnicos, auxiliares de enfermería y de archivo médico.

Desde el ingreso del paciente a la institución se le abre la HC con el orden de las hojas anteriormente descripto y se deja con los datos filiatorios completos y legibles.

En otras palabras es un registro de todos los sucesos que ocurrieron en un lapso determinado y donde la persona fue sometida a diferentes pruebas diagnósticas, terapéuticas en nuestra institución.

Se usa para registrar en ella todos los hechos ocurridos con una persona cada vez que tiene contacto con la institución, a la que concurre para recuperación, rehabilitación, diagnóstico, prevención, en temas relacionados a situaciones sanitarias diferentes.

Debemos dar continuidad y seguridad de acceso a la información que se va obteniendo para beneficio de todo el equipo de salud que lo necesite.

En algunas oportunidades el expediente tiene calidad legal y puede servir como prueba en algunos casos. Ante la justicia.

Es un derecho de cada paciente, en nuestra institución se le entrega la h c al paciente, previa autorización de la dirección técnica.

Podemos decir también que para enfermería los registros de las actividades que se le han hecho al paciente son fundamentales en primer lugar para documentar todo lo hecho, sirve para evaluar la calidad de la atención, para fines educativos y de investigación.

Debe mantenerse en buen estado de conservación, prolija y no perderse.

ANOTACIONES DE ENFERMERIA

Los registros de enfermería se realizan en dos hojas:

a – cuadrícula de controles vitales

b – hojas de indicaciones médicas y cumplidas

REGISTROS EN CUADRICULA DE CONTROLES

Primero llenar la planilla con los datos del paciente: nombre, ci.

Mes y día del mes, el registro se realiza en el casillero correspondiente al turno.

TEMPERATURA

Con color azul

Temperatura axilar – con línea llena

Temperatura rectal – con línea punteada

Temperatura bucal - con punto y raya

La gráfica de cada temperatura va separada, es decir una gráfica para rectal y una gráfica para axilar

- en todos los casos, mantener la prolijidad y sin borrones.
 - cuando hay hipertermia o valores al límite a la hora o dos horas de tomadas las medidas de corrección del problema detectado se repite el control, para evaluar los resultados obtenidos
 - se le avisa a la licenciada de enfermería del turno.

PULSO

Número de latidos en arteria radial u otra en un minuto.

Se registra la gráfica en color rojo con línea llena.

También evaluamos si este pulso es rítmico o no, si es perceptible o no. Éstas características encontradas se describen en la hoja de indicaciones médicas cumplidas.

RESPIRACIÓN

Número respiraciones en un minuto

Se registra en la gráfica con línea llena de color verde.

Al igual que el pulso las características anormales serán registradas en indicaciones cumplidas.

PRESION ARTERIAL

Se registra la cifra con lápiz azul y claros los números, por ejemplo 150 /80.

EGRESOS

Drenajes—identificarlos con el nombre, anotar la cantidad y las características las ampliamos en la hoja de indicaciones cumplidas de enfermería cuando realizamos la valoración o cuando está indicado

Por norma los drenajes son controlados a la hora 8, exceptuando casos donde el médico hace otra indicación.

Es importante que enfermería sepa que siempre es fundamental registrar estos datos de los drenajes: hora control, cantidad de lo drenado, característica del liquido y si se descartó o no el contenido.

Evacuación vesical e intestinal

Se debe controlar cantidad y características

En ambos casos el espacio en la planilla puede ser pequeño, es por eso que en las hojas de indicaciones cumplidas que se puede y debe registrar el resto (características normales o alteraciones detectadas)

Lo que escriba enfermería es un testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde se recoge toda la información referente al tratamiento y su evolución, así como conductas que se toman con cada situación que se vive con ese paciente durante la atención de su problema de salud.

Enfermería no debe olvidar: confidencialidad e intimidad. Tiene acceso a información que no debe ser divulgada bajo ninguna circunstancia, a no ser para salvaguardar la vida de ese propio paciente.

Normas para cumplir con los registros:

- registros objetivos: describir en forma objetiva el proceder del paciente , sin emitir juicio de valor, si escribimos juicios subjetivos escribirlo entre comillas.
- Preciso, exacto y fidedigno (los hallazgos describirlos en forma meticulosa: tipo, forma, tamaño, aspecto, color olor). Se debe hacer constar fecha hora y firma legible o inicial de nombre y apellido de quien realiza el registro.

- legible, sin faltas de ortografía , usar abreviaturas conocidas por todos, no se puede usar corrector, si hay error en lo que se escribió se traza una línea sobre la frase equivocada y se pone “ error “
- no dejar espacios en blanco ni escribir entre líneas. No escribir anticipadamente ni dejar para el final del turno
- para toda la medicación anotar fecha, hora medicamento, vía dosis y firma de la enfermera o sus iniciales

RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERA

Definición: obligación que la persona tiene por responder por las actividades que realiza, la misma está relacionada con la eficacia y la eficiencia. El registro de enfermería debe reflejar la eficacia y la eficiencia y como es un documento y en un momento puede ser usado como prueba legal debe constar la firma: forma de identificación de la persona que escribió esa historia.

Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de una persona, el reflejo de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmón), además expresan en forma inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.

El pulso, la temperatura, la respiración y la presión arterial son los denominados signos vitales, indicadores del funcionamiento fisiológico básico y la enfermera se apoya en ellos para su valoración, plan de cuidados y atención del paciente.

En COMERO están normatizados de la siguiente manera:

- ✓ En paciente internados en cualquiera de sus servicios (exceptuando CTI y Neonatología), en los turnos de 6-12, 12 a 18 y 18 a 24 horas se deben realizar a todos los pacientes controles vitales (pulso, respiración, presión arterial y temperatura rectal)
- ✓ En el turno de 0 a 6 horas el control se realiza sólo a los pacientes que lo tengan como indicación médica o que por su estado sea necesario realizar uno o todos los controles de signos.
- ✓ La temperatura es rectal, salvo excepciones: paciente que esté internado por causa de tratamiento psiquiátrico y sin otro diagnóstico o problema agregado al mismo, con sangrado intestinal, por diarrea.
- ✓ Los pacientes que concurren para ver al médico de guardia se controlan temperatura axilar, si tiene temperatura elevada se corrobora temperatura rectal.
- ✓ LOS REGISTROS DE SIGNOS VITALES NO DEBE CONVERTIRSE EN UNA ACTIVIDAD AUTOMÁTICA O RUTINARIA, ENFERMERÍA LOS DEBE

REALIZAR SABIENDO QUE EN LA CORRECTA TÉCNICA AL REALIZAR LOS CONTROLES DE SIGNOS VITALES SE VERÁN REFLEJADOS LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONA. LA ACCIÓN OPORTUNA Y CONFIABLE AYUDA A LA ENFERMERA Y AL MÉDICO A DECIDIR CONDUCTAS DE MANEJO PARA ESE PACIENTE.

- ✓ En el caso de que la enfermera encuentre en el momento de realizar los controles alteraciones en los mismos debe avisar a la Licenciada del servicio o supervisora de las alteraciones encontrados, para continuar con los pasos predeterminados:
 - ✓ a) ver si hay indicación al respecto. Se cumple la indicación y volver a controlar luego de tomada la medida de corrección de la alteración
 - ✓ b) avisar al médico tratante (según situación clínica del paciente).
 - ✓ c) registrar resultados en planilla de controles: ver registros de Enfermería

- ✓ 1 operador
- ✓ bandeja con termómetros
- ✓ torundas de algodón
- ✓ alcohol al 70%.
- ✓ Toallitas de papel

PROCEDIMIENTO

AXILAR:

- ✓ higiene de manos
- ✓ Identificar el paciente, explique el procedimiento si está consiente
- ✓ Paciente cómodo , secar la axila con toalla o papel sanita , colocar el termómetro debajo de la axila , verificando que la zona plateada quede en contacto con la piel del paciente, flexione el brazo sobre el tórax
- ✓ Deje el termómetro hasta que el mismo toque la alarma (sonido de aviso)
- ✓ Retire el termómetro, léalo poniendo el termómetro a la altura de los ojos del operador. El resultado se ve en la pantalla del termómetro.
- ✓ Registre resultado en planilla con línea azul recta en la planilla. Que use la Institución.
- ✓ Deje cómodo al paciente y el termómetro en el recipiente, previa desinfección con alcohol.

RECTAL

- ✓ No tomar temperatura rectal a pacientes con diarrea. Alteraciones psiquiátricas o cirugías de recto, así como tampoco a pacientes inmunodeprimidos.
- ✓ equipo igual a temperatura axilar
- ✓ procedimiento igual a temperatura axilar hasta punto de colocación del termómetro.
- ✓ Paciente acostado, decúbito dorsal colocar el termómetro en el recto e introducirlo 2 – 3 cm en el adulto y 1 – 2 en el niño
- ✓ Dejarlo hasta que suene la alarma.
- ✓ Lea el termómetro colocándolo a la altura de los ojos.
- ✓ Deje cómodo al paciente.
- ✓ Registre resultado en planilla con línea punteada.
- ✓ Se lava el termómetro con agua y jabón y se descontamina con alcohol al 70%.

LIMPIEZA DE TERMÓMETROS

Lavado de manos – colocarse guantes

- ✓ Lavado con agua y jabón líquido
- ✓ Secado
- ✓ Fricciones con alcohol al 70 % con torundas de algodón.
- ✓ Guardar en cada estuche.
- ✓ **Es importante tener en cuenta que la zona de la pantalla y la pila no deben mojarse, de lo contrario se rompen.**

✓ latido rítmico resultante de la expansión y contracción regular de una arteria. Al contraerse el ventrículo izquierdo expulsa sangre a todas ellas en cada latido.

✓ CARACTERISTICAS A CONTROLAR CON EL PULSO

1 – FRECUENCIA: Número de pulsaciones en un minuto

2 – RITMO: Patrón de los latidos.

Regular: lapso entre 2 latidos es igual

Irregular: el lapso entre 2 latidos es diferente

3 – INTENSIDAD: Volumen de sangre que se impulsa contra la pared

Débil

Imperceptible

4 – ARTERIAS DONDE SE CONTROLA

Radial: parte interna de la muñeca del lado del dedo pulgar.

Cubital: lado opuesto de la radial

Carotideo: cuello lateral derecho o izquierdo

Humeral: cara anterior del brazo, abajo del codo.

Temporal: delante de la oreja

Poplítea: cara interna de la parte posterior de la rodilla

Dorsal del pie: línea media ente el primer y segundo dedo.

Apical: se siente en el quinto espacio intercostal, justo debajo del pezón.

Control de pulso: valorar frecuencia cardiaca para evaluar la actividad fisiológica del sistema cardiovascular.

PROCEDIMIENTO:

- ✓ 1 operador
- ✓ reloj con segundero
- ✓ lapicera roja
- ✓ cuadrícula para el registro
- ✓ higiene de manos
- ✓ explicar procedimiento al paciente, que esté cómodo
- ✓ palpar arteria donde se va a realizar el procedimiento con los tres dedos medios.
- ✓ **contar las pulsaciones por 1 minuto.**
- ✓ lavarse las manos
- ✓ registro en cuadrícula con línea recta roja.
- ✓ normal de 70 a 90 por minuto bradicardia = menos de 60 pulsaciones en un minuto
- ✓ taquicardia = aumento de las pulsaciones por encima de 100

Respiración es el proceso por el cual se toma oxígeno del aire ambiente y se expulsa anhídrido carbónico. El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración.

FRECUENCIA

Número de respiraciones en un minuto.

PROFUNDIDAD

Se aprecia mediante la observación de los movimientos del tórax. La profundidad se clasifica en:

- Normal
- Superficial
- Profundo

RITMO

Se refiere a la regularidad de los movimientos inspiratorios y espiratorios: simétricos o asimétricos.

PATRONES RESPIRATORIOS

Eupnea: frecuencia y ritmo respiratorio normal.

Disnea: sensación subjetiva de dificultad respiratoria con sensación de falta de aire.

Polipnea: frecuencia respiratoria aumentada.

Bradipnea: Frecuencia respiratoria disminuida.

Apnea: Ausencia de respiración puede ser periódica.

Hipernea: Respiraciones rápidas, profundas.

Cheyne- Stokes: Las respiraciones se hacen gradualmente más rápidas y profundas de lo normal, para entretecerse posteriormente con cada episodio de apnea.

Biot: Respiraciones más rápidas y profundas de lo normal, con pausas entre ellas, todas las respiraciones tienen la misma amplitud.

Kusmaull: Respiraciones más rápidas y profundas de lo normal, sin intervalos de estabilidad. Pausa respiratoria corta y forzada.

Ortopnea: Respiraciones con el tórax en posición vertical que adopta el paciente en ciertos casos de disnea cardíaca.

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Objetivo: contribuir el diagnóstico y tratamiento del paciente mediante el control de la respiración y detectar precozmente complicaciones.

Recursos Humanos: Un operador.

Recursos materiales: Reloj, lapicera verde y planilla para los registros.

Procedimiento:

1. Lávese las manos
2. Preséntese al paciente
3. Controle la frecuencia durante un minuto, contando el movimiento del tórax, si es dificultoso coloque la mano sobre el tórax del paciente. Se cuentan las inspiraciones y las expiraciones como uno. Suele hacerse cuando tomamos el pulso, cuando tenemos aún los dedos en las muñecas, ya que es importante que sean controladas discretamente tratando que no se de cuenta de lo contrario puede ejercer un control voluntario sobre la respiración y cambiar el patrón de la misma.
4. Lávese las manos.
5. Registre el valor y observaciones.

La presión arterial (PA) o tensión arterial (TA) es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar.

La presión arterial tiene dos componentes:

Presión arterial sistólica: corresponde al valor máximo de la tensión arterial en sístole (cuando el corazón se contrae). Se refiere al efecto de presión que ejerce la sangre eyectada del corazón sobre la pared de los vasos.

Presión arterial diastólica: corresponde al valor mínimo de la tensión arterial cuando el corazón está en diástole o entre latidos cardíacos. Depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica. Se refiere al efecto de distensibilidad de la pared de las arterias, es decir el efecto de presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso.

La presión arterial cambia continuamente dependiendo de la actividad, la temperatura, la dieta, el estado emocional, la postura, el estado físico y los medicamentos que se administren

- Coloque el brazo a la altura del corazón, apoyándolo en una mesa o el brazo del sillón.
- Ponga el manguito alrededor del brazo desnudo, entre el hombro y el codo, 5 cm por encima de la articulación
- Identifique y palpe el latido del “pulso braquial” producido por la arteria del brazo (se localiza a dos centímetros por encima del pliegue del codo, en la cara interna del brazo).
- Sobre este latido, apoye el **estetoscopio**, no debe quedar apretado con el manguito, se sostiene con la mano del operador.



- Bombee la pera con rapidez hasta que la presión alcance 30 mm Hg más de la máxima esperada o bien lo que es más certero, 30 mm Hg por encima del momento en que desapareció el pulso radial (esto ocurre porque al comprimirse el brazo, se comprime la arteria y desaparece el pulso).
- Desinfe el manguito lentamente observando la escala del tensiómetro, haciendo que la presión disminuya 2 a 3 mm Hg por segundo. Reloj a la altura del corazón del paciente.
- En el momento que escuche (ausculte) el primer latido, deberá observar el nivel que registra la aguja (o el menisco en el caso del tensiómetro de mercurio). Ese valor registrado corresponderá a la **Presión Arterial Máxima** (o Sistólica)..
- A partir de ese momento seguiremos desinflando el manguito e iremos escuchando los latidos que primero crecen en intensidad y luego decrecen.
- En el determinado momento en que dejamos de oír los latidos, realizaremos una nueva lectura sobre la escala del tensiómetro y en ese momento estableceremos la **Presión Arterial Mínima**

RECOMENDACIONES A SEGUIR PARA EL CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL

- La elección del manguito se realiza en función del tamaño del brazo del paciente.
- Cuando controlamos a una persona obesa se debe utilizar un manguito lo suficientemente largo como para que se adapte al contorno del brazo, en cada servicio se cuenta con un aparato de presión arterial para obesos
- La persona debe reposar sentado, tranquilo 10 minutos antes de realizar el control.

FUNCIONES.

- ☺ Eliminar la secreción sebácea, células muertas y bacterias acumuladas.
- ☺ Estimula la circulación, mejora el flujo venoso, los masajes mejoran la circulación de la piel.
- ☺ Provoca sentido de bienestar físico y síquico al paciente, refresca, relaja y mejora su apariencia.
- ☺ Nos da la oportunidad de valorar al paciente.

ANTES DE BAÑAR.

- ☺ Valorar el estado general del paciente:
- ☺ Tipo de baño.
- ☺ Debe realizarse diariamente.
- ☺ Considerar el estado de conciencia del paciente y tener en cuenta que todo paciente dependiente y de cuidado más allá de que esté rodeado de familiares y que los mismos nos soliciten atenderlos ellos, son responsabilidad de enfermería, por lo que el baño debemos realizarlo si se puede con la colaboración del familiar.
- ☺ Si el paciente es dependiente pero está lucido y se comunica, debemos explicarle en todo momento lo que se le va a hacer, manteniendo la comunicación verbal.
- ☺ Buscar independencia, que realice algunos pasos del procedimiento, valorando dificultades reales que impidan el auto cuidado, y respetando su intimidad.
- ☺ No hablar en medio de ninguna acción de enfermería de otra cosa que no esté vinculada a la tarea que estamos desempeñando, no olvidemos que el paciente y su familia están preocupados por su enfermedad y necesitan el apoyo de todo el equipo.
- ☺ Enfermería reuniendo los implementos necesarios para realizar el baño, acondicionará la temperatura del ambiente, y valorará en conjunto con la Nurse si el paciente puede ir al baño o realizarle el mismo en cama.

- ☺ Por este motivo, será responsabilidad de la Nurse del servicio, determinar el tipo de baño y priorizar el orden de los mismos.
- ☺ Con el baño en ducha, se hará vigilancia del paciente independiente que no tenga acompañante si el mismo es anciano y así lo requiere. Se estimulará al baño a aquellos pacientes que sean reacios al mismo, debiendo estar en buenas condiciones de higiene para la hora del desayuno y pase de visita médica.
- ☺ Si el baño es dependiente, pero se trata de un paciente lúcido, que lo que tiene privado es levantarse por la patología que padece, entonces, le proporcionaremos los implementos para el baño y dejaremos que sea el mismo que se lave la cara, que higienice sus genitales, ayudándolo nosotros con el secado.
- ☺ Cuando la dependencia del baño incluye, no sólo la indicación de reposo, sino que estamos frente a un paciente impedido físicamente o psíquicamente de valerse a sí mismo y auto cuidarse, es cuando nuestra presencia es fundamental a la hora del baño.
- ☺ Este paciente crítico, debe ser bañado y valorado por enfermería.

EQUIPO

Silla o taburete

Artículos de higiene personal: peine, cepillo, material para afeitado, desodorante, jabón, shampoo, secador de pelo, alicate, corta uñas, toalla, esponja, palanganas de acero (entre paciente y paciente DEBEN ser lavadas con agua y jabón, luego pasarle alcohol al 70% y se bajan al centro de materiales una vez terminados los baños), ropa interior y camisón

Guantes

Es importante destacar que en el caso de tener un baño en cama de un paciente aislado, se deben poseer palanganas de acero exclusivas para uso de ese paciente

Debemos tener en cuenta:

1. Lavado de la cara, con agua tibia, sin jabón.
2. procedemos luego al lavado por región, preferentemente usando poco jabón y que sea neutro, cuidando de que el enjuague sea bueno a fin de no dejar restos de jabón en la piel, que favorecen a resecar y dañar la misma. Por lo tanto cambiaremos el agua todas las veces que sea necesario, hasta asegurarnos que esa piel no tiene residuo jabonoso.
3. No colocaremos talcos con olor, ni desodorantes en spray, y cuando así lo soliciten daremos fundamentos sobre el porqué no.
4. Usaremos el talco proderm, y siliconas en los puntos de apoyo, en aquellas pieles sanas, como prevención.
5. Tendremos especial cuidado en lavado y secado de los pliegues, debajo de las mamas, en las axilas, debajo del pliegue del abdomen, espacios interdigitales, NO frotando para secar, sino con toalla esponjosa apoyando y verificando que seque bien, haciendo hincapié en pacientes diabéticos, con úlceras varicosas, y en todos los pacientes plégicos.
6. Importantísimo higiene de cavidades, sobre todo ojos y boca, usando para esta antisépticos en pacientes que en su mayoría tienen privada la vía oral, o pacientes que al no poder hacerse la higiene ellos mismos y reciben alimentos, los juntan dentro del espacio bucal, y dan oportunidad a la aparición de micosis.
7. En pacientes con SNG, durante el baño verificaremos su ubicación, haremos la higiene de narinas, corregiremos o controlaremos la fijación de la sonda.
8. En pacientes con sonda vesical, haremos la higiene de genitales, limpiaremos secreciones de la sonda, higiene de prepucio, valorando enrojecimiento o edema, elevando los testículos de ser necesario, y asegurando un correcto secado en pliegues inguinales.
9. Evaluaremos todos los puntos de apoyo, ayudándonos de pieles o polyfom, usando todas las medidas de prevención de escaras.
10. Registraremos y haremos efectivamente el cambio de posición de estos pacientes cada dos horas.
11. En aquellas zonas donde coloquemos cremas, como el hipoglós, deberán usarse en lo posible toallitas de lanolina sin perfume para retirarlo, y de no contar con ellas, no frotar la piel para sacarla.
12. Se harán los cambios de ropa como está estipulado por la institución.
13. Se procederá a ordenar la habitación.
14. Se le comunicará a la auxiliar para limpieza de la habitación.
15. Se harán los registros en la historia clínica.

Es el método por excelencia para evitar úlceras por decúbito.

Fue creado para ser utilizado en el hogar, hospitales y centros de internación.

Consta de un mini compresor y un colchón realizado en material de PVC, con retardo antífama.

BENEFICIOS

Reduce el tiempo de apoyo del cuerpo en una misma zona, inflando y desinflando alternativamente las dos series de burbujas cada cuatro minutos aproximadamente, activando la circulación sanguínea y provocando un suave masaje imperceptible para el paciente. Todo este proceso es automatizado.

PROCEDIMIENTO LUEGO DE SU USO

Lavado de manos

Colocación de guantes

El proceso de limpieza debe realizarse con agua y solución detergente, enjuagar con agua limpia y cumplir un secado completo

Finalmente se procede a la desinfección con 0,1% de Cl (en 10 litros de agua, 100cc de hipoclorito de sodio)

Ventilación del mismo no menos de 2 horas

CONSIDERACIONES

No realizar el procedimiento con el colchón encendido por riesgo de transmisión eléctrica.

Se deben separar las partes (colchón, motor y tubuladuras)

La limpieza y desinfección del colchón deben realizarse al alta del paciente luego de realizar la limpieza correspondiente de la unidad ocupada

ESTE PROCEDIMIENTO ES RESPONSABILIDAD DE ENFERMERÍA

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE DEPENDIENTE NO COLABORADOR

Tener en cuenta normas generales de elevación de cargas

Preservar la integridad del paciente

Fomentar la seguridad del paciente

Conocer situación de cada paciente, referida a su nivel de colaboración

Evitar fricciones o sacudidas repentinas y/o bruscas

Siempre usaremos ayuda de una salea

MOVILIZACION DE PACIENTE DEPENDIENTE COLABORADOR

Basta una persona para movilizarlo

Debemos solicitar la colaboración del paciente si no está contraindicado

Fomentar su autonomía

Si se encuentra ágil, lo educamos a que realice solo esta movilización

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

Si adoptamos POSTURAS CORRECTAS en la movilización y traslado de pacientes:

- Tu espalda no te dolerá
- Te cansarás menos
- El enfermo será más autónomo

PRINCIPIOS DE MECÁNICA CORPORAL

Espalda recta

Piernas flexionadas

Carga cerca del cuerpo

Pies separados

Utilización de apoyo

Contrapeso del cuerpo

TENER EN CUENTA SIEMPRE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA DISMINUIDO EN TODAS SUS FUNCIONES, Y QUE SE APOYA Y CONFÍA EN EL EQUIPO DE SALUD.

LOS CAMBIOS DE POSICIÓN DEBEN REALIZARSE A PESAR DE TENER UN COLCHÓN ANTIESCARAS.

DEFINICION

Las úlceras por presión (UPP) son aquellas lesiones que se presentan a nivel tisular, producidas por isquemia y derivada de una presión ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea, por encima del límite tolerable de la misma.

La valoración inicial a los pacientes con riesgo de presentar UPP es el primer paso para la prevención.

Valoración inicial:

- 1) Identificar factores de riesgo (Escala de Braden), y además otros factores como ser: perfusión tisular, enfermedades (alteraciones vasculares, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, neoplásicas, etc.), edad avanzada.
- 2) Valoración sistémica:

Sistema tegumentario: estado general de la piel (humedad, sequedad, presencia de grietas)

Revisar dispositivos restrictivos (sujetadores, entablillados o férulas, etc.)

Sistema circulatorio: perfusión periférica, coloración distal de miembros, temperatura, relleno capilar, pulsos periféricos, presencia de edemas.

Sistema muscular: determinar la funcionalidad esfinteriana tanto urinaria como fecal.

Sistema digestivo nutricional: se tendrá en cuenta el soporte nutricional y el estado nutricional del paciente. Contar con paraclínica actualizada.

OBJETIVO DEL CUIDADO DEL PACIENTE

Captar todo aquel paciente que por su condición o presencia de factores de riesgo puedan desarrollar úlceras por presión y aplicar medidas preventivas durante su estadía. Tanto en internación en el sanatorio, como en domicilio del paciente y está en el ámbito de la atención domiciliaria

POR QUÉ APARECE UNA ÚLCERA DE DECÚBITO

La compresión prolongada de un tejido entre dos cuerpos duros produce la isquemia de la región por falta de irrigación sanguínea adecuada.

Esto ocasiona la muerte celular de los tejidos con la consiguiente formación de la escara. Esta no es más que un fragmento de tejido más o menos extenso y más o menos profundo, adherido al organismo.

El tiempo de compresión necesaria para que una escara se forme es variable de acuerdo a las características del paciente. (Edad, estado de la piel, adelgazamiento, anemia, hipoproteinemia, diabetes, uremia, etc.).

La región comprimida presenta siempre, (aún en las personas sanas), un color rojo fuerte que desaparece más o menos rápidamente cuando se produce el alivio a la compresión mediante un adecuado cambio de posición.

Si la compresión se ha prolongado más de lo conveniente, la mancha se torna violácea y luego aparecen flictenas. En este momento estamos a un paso de la muerte celular y la formación de una escara blanquecina, grisácea o negra.

LA UNICA MANERA DE EVITAR LA APARICION DE UNA ESCARA O LA PROFUNDIZACION DE LA MISMA SI YA SE PRODUJO ES EVITANDO LA COMPRESION PROLONGADA DE LA ZONA AFECTADA.

Para erradicar las escaras de decúbito se deberán tomar tres medidas importantes:

1. identificar al contacto médico paciente, cuando ingresa a la institución, aquellos individuos que se presume están predispuestos a la formación de escaras, dejando constancia en la Historia clínica
2. Iniciar en ese mismo momento las medidas necesarias para prevenirlas.
3. Cuando aparece una escara en un paciente, hay que iniciar una investigación que busque la causa o circunstancia que determinó la aparición de la misma.

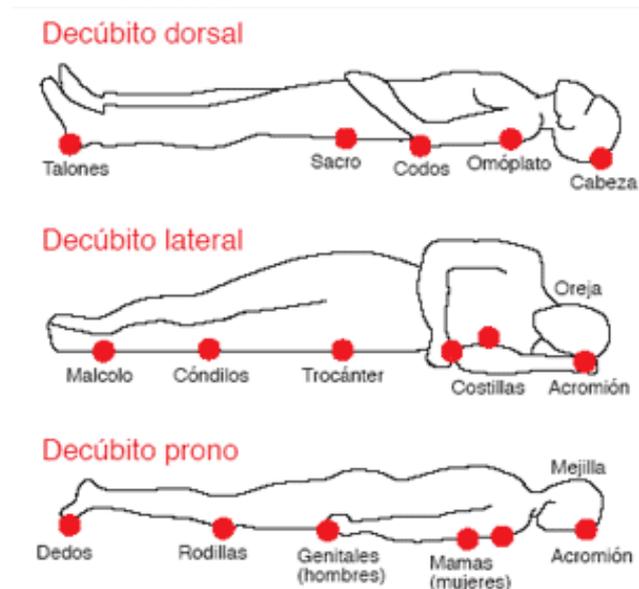
REGIONES ESCARABLES.

Son todas aquellas en las que una formación ósea cercana a la piel permite la compresión de las partes blandas, contra un apoyo exterior de cualquier tipo (colchón, piso, yeso).

Con el paciente acostado en decúbito dorsal, las zonas más vulnerables son: la nuca, las escápulas, codos, cadera, sacro, pelvis, talones, maléolos.

Con el paciente acostado en decúbito ventral las zonas más vulnerables son: frente, hombros, reborde costal, espinas ilíacas, rodillas, maléolos, y dorso de pie incluyendo los dedos.

En la lámina siguiente se observan las regiones escarables



MANERAS DE EVITAR UN APOYO PERJUDICIAL

1. Cambio de posición cada 30 minutos
2. Colocar colchón anti escaras
3. Mantener hidratada la piel
4. Mantener seco al paciente

POSICIÓN SUPINA

Buena alineación del cuerpo

Se coloca una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

Una pequeña almohada sostiene la cabeza...; la cabeza está alineada en línea recta con la columna vertebral.



Los brazos relajados descansan a los lados del cuerpo.

POSICIÓN LATERAL

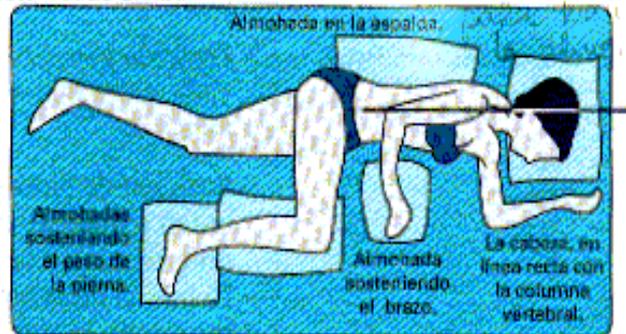
Vista de frente

Las almohadas sostienen el brazo y la cabeza.

La cabeza, en línea recta con la columna vertebral.



Vista desde arriba



POSICIÓN PRONA

Buena alineación del cuerpo

Se puede colocar una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

Se puede colocar una pequeña almohada por encima del nivel de las mamas para disminuir la presión.

Descansando la cabeza sobre el colchón se alivia la distensión de la espalda.



Estas son las regiones que hay que proteger y son también las que hay que examinar varias veces al día para despistar el sufrimiento inicial de los tejidos que precede a la escara, es decir: rubor persistente, manchas violáceas, flictenas.

Son zonas que debemos de mantener secas, ya que la humedad de la piel, la orina, las materias fecales, las maceran con mucha facilidad, facilitando la formación de la escara.

Son regiones a las cuales hay que mantener estimuladas en cuanto a la circulación, empleando procedimientos variados entre el cual destacamos el más sencillo: suaves masajes que activarán la circulación, educamos al familiar para que él lo haga frecuentemente.

ENFERMERÍA debe de cumplir con esmero todas las indicaciones que se hagan al respecto. La única manera de lograr que actúe de esta forma es instruyéndola sobre el tema y sobre su responsabilidad.

La demora de una o pocas horas en el tratamiento, así como la interrupción del mismo, aún por un corto plazo, pueden convertir a un paciente escarable en un paciente escarado.

En el caso de que el paciente ya presente escaras, el descuido en el tratamiento puede convertir un problema relativamente leve, con curación espontánea de la lesión, en una lesión grave, de solución quirúrgica compleja y con un pronóstico de vida dudoso.

ACCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS NIVELES DE RIESGO

Pacientes con bajo riesgo

- ✓ Higiene cada 24 horas (o según necesidades del paciente)
- ✓ Cambios posturales por turno (si movilidad reducida)
- ✓ Protección de las zonas de presión
- ✓ Hidratación diaria
- ✓ Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- ✓ Medición del riesgo, a criterio de la enfermera, como mínimo una vez a la semana
- ✓ Si otros factores de riesgo importantes están presentes como: edad avanzada, fiebre, ingestión dietética pobre de proteínas, presión diastólica debajo de 60, inestabilidad hemodinámica, avance al nivel siguiente de riesgo

Pacientes con riesgo moderado

- ✓ Higiene cada 24 horas (o según necesidad)
- ✓ Protección de las zonas de presión + colchón anti escaras
- ✓ Cambios posturales cada 4 horas
- ✓ Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- ✓ Hidratación cada 12 horas

- ✓ Medición del riesgo, a criterio de la enfermera, mínimo una vez por semana
- ✓ Si otros factores de riesgo importantes están presentes, avance hasta el siguiente nivel de riesgo

Pacientes con riesgo alto

- ✓ Higiene cada 12 horas (o según necesidad del paciente)
- ✓ Protección de las zonas de presión + colchón anti escaras
- ✓ Cambios posturales cada 2 horas
- ✓ Hidratación por turno
- ✓ Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- ✓ Medición del riesgo, a criterio de la enfermera, mínimo una vez por semana

RECOMENDACIONES

Cuidado de la piel

- Examen diario
- Mantenerla limpia y seca: emplear jabones neutros, usar agua tibia enjuagar y secar SIN FRICCIÓN, no usar alcoholes. Son recomendables las cremas hidratantes neutras aplicando hasta su completa absorción en zonas de mayor sequedad.
- Se aconseja el uso de sábanas (pueden ser de franela) limpias y secas para evitar la permanencia de humedad sobre la piel

MANEJO DE LA INCONTINENCIA:

- Usar colectores o absorbentes
- Evitar la exposición prolongada de la humedad en la piel

MOVILIZACIÓN:

- Mantener la alineación corporal, para permitir una distribución del peso y el equilibrio
- Evitar el contacto entre prominencias óseas, colocando protectores en codos y talones, así como almohadas o espuma entre rodillas y tobillos
- Evitar el arrastre, disminuir fuerzas tangenciales en la movilización
- No usar flotadores o dispositivos tipo anillo ya que comprometen la circulación
- Usar dispositivos de alivio de presión, colchones, almohadas, piel de cordero, protectores locales. Estos son materiales complementarios que NO SUSTITUYEN LA MOVILIZACIÓN
- Asegurar un estado de hidratación adecuado
- Vigilar el estado de la piel después de permanecer un tiempo en la misma posición

LA PREVENSIÓN SOLO ES POSIBLE EN LA FASE DE ERITEMA SI SE RETIRA LA PRESIÓN EN ESTA FASE, CONSEGUIREMOS EVITAR LA APARICIÓN DE UNA ULCERA

ESCALA DE BRADEN

PUNTOS	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	No es problema
PUNTUACIÓN TOTAL				

NIVELES DE RIESGO

ALTO RIESGO ≤ 12
RIESGO MODERADO 13 – 14
RIESGO BAJO 15 – 18
SIN RIESGO ≥ 19

DEFINICIÓN: *introducir un catéter en la vena para administrar líquidos, electrolitos, medicamentos intravenosos, transfusiones de sangre y/o derivados, para realizar estudios diagnósticos e inyección de contraste.*

A TENER EN CUENTA PARA LA COLOCACIÓN:

- Elección de la vena y el catéter de acuerdo a las posibilidades de las venas del paciente y el propósito de su instauración
- Usar catéteres de mayor calibre para administrar los hemoderivados
- En la mano colocar catéteres de menor calibre
- Evitar colocar en sitios de flexión, cercanos a la articulación.
- Las venas ideales para catéteres de mayor calibre: cefálica, basilíca y cefálica media.
- No se pueden colocar vías en zonas con lesiones de piel, erupciones, infecciones, miembros con F.A.V (fístulas arteriovenosas), con operaciones, de mastectomías o vaciamiento axilar.
- No forzar si el líquido a infundir no pasa.
- Los circuitos deben estar cerrados con su llave de tres vías y sus respectivos tapones. Los tapones se deben mantener colocados en bolsa de agujas estériles o en el sachet de la infusión (sueros), nunca sueltos sobre las superficies cercanas al paciente (cama, mesa de luz, mesa de comer).

- La asepsia durante la colocación se debe mantener durante todo el procedimiento.
- Cada vez que se inyecta o se usa la llave de tres vías se debe desinfectar la llave con alcohol al 70 %. Por fricción de la entrada con gasa estéril.
- La vía venosa se debe cambiar si: hay dolor en la zona de la misma, enrojecimiento, edema y si al pasar o administrar medicamentos al paciente le duele.

PROCEDIMIENTO

EQUIPO :

Bandeja estéril

Catéteres de diferentes calibres

Ligadura

Torundas de algodón con alcohol al 70 % por lo menos tres

Guantes comunes de látex de tamaño adecuado para el operador

Jeringa con 5 ml de suero fisiológico

Llave de tres vías o alargue según sea el motivo de la colocación. En todos los pre operatorios se utilizan llave de tres vías, en las otras circunstancias usamos alargues con llaves de tres vías

Material para fijación

1 tijera

Ver indicación médica, llevar bandeja con el equipo al lado del paciente y explicarle el procedimiento.

PROCEDIMIENTO:

- Higiene de manos
- Colocación de guantes
- Ligar el miembro elegido 10-15 cm por encima de la vena
- Palpar la vena y elegirla
- Si tiene muchos vellos cortar los mismos con tijera.
- Antisepsia de la zona a puncionar con las torundas embebidas con alcohol al 70%, con movimientos de rotación desde adentro hacia afuera, de a una por vez por lo menos tres veces. Dejar actuar el antiséptico, dejarlo secar.
- Puncionar la vena unos centímetros por debajo de la palpación en ángulo de 10°-30 ° fijando la vena con la otra mano.
- Al obtener retorno de sangre en la cámara retirar la guía e introducir el catéter.
- Retirar la liga o torniquete.
- Colocar llave de tres vías e infusión si corresponde
- Fijar el catéter con 4 tiras de leucoplasto; 1 encima del catéter, cuidando que el leuco no quede sobre el orificio de punción, otra corbatita hacia cada lado , otra asegurando la corbata y la cuarta fijando la gasa estéril si es para circuito cerrado.
- Cambio de llave de tres vías o de alargues cada 72 horas

Administración de medicamentos por vía intravenosa

- Técnica aséptica durante todo el procedimiento
- Usar diluciones establecidas en la Institución
- Lavado de manos antes y después del procedimiento
- Verificar tres veces medicamento, indicación, paciente que corresponde, dosis, vía
- Verificar estado del medicamento: conservación y fecha de vencimiento.
- Con una torunda humedecida en alcohol al 70 % realizar desinfección del sachet de suero fisiológico o agua destilada, o cuello de la ampolla de vidrio.
- Para diluir los medicamentos que vienen en presentaciones en polvos se usará agua destilada o suero fisiológico de 100 por turno, realizando punción cada vez que se extraiga el líquido, no usar ningún dispositivo (aguja o llave de tres vías durante todo un turno o más tiempo).
- Administrar en tiempo según especifique el protocolo de dilución de la Institución
- Previa a la administración valorar estado de la vía venosa (calor, rubor, edema, dolor)
- Desinfectar llave de tres vías con alcohol al 70 %.
- Administrar en forma lenta si es en bolo, valorando tolerancia al tratamiento.
- Al finalizar si no está pasando suero lavar la vena con agua destilada o suero fisiológico.
- Dejar tapada la llave con los dos tapones
- Dejar todo en orden y descartar en Enfermería sucia según protocolo de residuos sanitarios
- Higiene de manos
- Registrar en H.C., según normas de registros.

A TENER CUENTA PARA RETIRAR LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA

- Dolor en la zona circundante a la vena
- Rubor y / o calor
- Edema
- Si se obstruye.

El paciente internado o en tratamiento domiciliario, así como la familia de los pacientes, deben conocer:

- Para que se coloca una vía venosa periférica cerrada.
- Cuáles son los cuidados que ellos deben tener, para mantener segura y sin riesgos de salida involuntaria o infección de la misma.
Cuidados: mantener la zona circundante seca.

Al momento de bañarse (si lo hace por sus propios medios, que no se humedezca (para eso se puede cubrir la misma con una bolsa de nylon.

Si se moja avisar a la Enfermera para que resuelva el problema.

Hacer que la llave de tres vías o alargue tengan siempre los taponos.

Verificar o cuidar que cuando se toque la vía o alguien lo haga previamente se laven las manos, lo mismo que después de tocarla.

Que informe inmediatamente si al pasaje de medicación le arde o le duele.

En el caso de estar recibiendo tratamiento con suero a permanencia, los mismos cuidados que para circuito venoso cerrado, a los cuales se agrega la vigilancia del goteo y avisar si hay alguna alteración a la Enfermera,

Si hay rubor, calor, edema y la enfermera no lo ha valorado avisarle

- *Lavado de manos*
- *Tomar el sachet de suero indicado. Mirar tres veces la indicación del suero correspondiente, a que paciente está indicado y su aspecto (que esté transparente y fecha de vencimiento, así como etiqueta integra que se vea bien que suero es)*
- *Con una torunda humedecida con alcohol realizar limpieza de la punta del recipiente de suero, cortar con tijera estéril*
- *Manteniendo técnica aséptica, colocar la medicación (si estuviera indicada) con una jeringa, previamente se retiran o descartan unos ml de suero.*
- *Colocar tubuladura en el sachet y realizar el cebado*
- *Si se cambia un suero ya colocado debemos llevar el suero hasta el paciente con una gasa tapando la punta. Y en una jarra.*
- *Rotular el suero , llenando los datos de la tarjetita que COMERO tiene estipulado con los siguientes datos.:*

Fecha

Suero indicado

Hora de inicio

Hora de final

Goteo

Firma del funcionario que lo

prepara y coloca

- *Se conecta a la vía venosa, previa desinfección de la llave de tres vías.*
- *Lavado de manos*

- *Registro en la H C.*
- *Cambio de tubuladuras; cada 24 horas si son lípidos, aminoácidos o glucosados hipertónicos.*
- *Si tienen restos de sangre cambiar de inmediato.*
- *No administrar en la misma vía sueros con lípidos.*
- *No usar mariposas, excepto tratamientos cortos de emergencia.*

CONTROL DE SUEROS

- *Se realiza en cada suero colocado en nuestra Institución, tres controles por lo menos en cada turno.*
- *¿qué controlamos?*
- *Controlamos: como está la zona donde tiene colocada la vía venosa: se buscan signos de edema (infiltración), de flebitis (enrojecimiento, rubor, calor, dolor), como se mantiene la fijación y limpieza de las tiras de fijación.*
- *Vemos permeabilidad del sistema.*
- *Vemos que goteo está pasando y se regula según la indicación y lo que resta pasar según horario.*
- *Se debe llenar en cada turno la planilla de control de suero: esta hoja se adjunta, la enfermera encargada de los controles vitales, es la encargada del control de los sueros tres veces en el turno y si esta enfermera es designada para otra actividad, la Licenciada del turno designa la unidad que se encarga de controlar y vigilar los sueros.*
- *Deben controlar y registrar en cada paciente con suero : nombre del paciente y habitación*

Hora del control

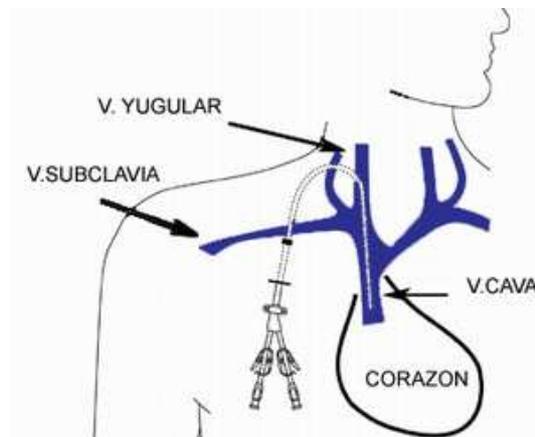
Suero controlado

Cantidad que resta

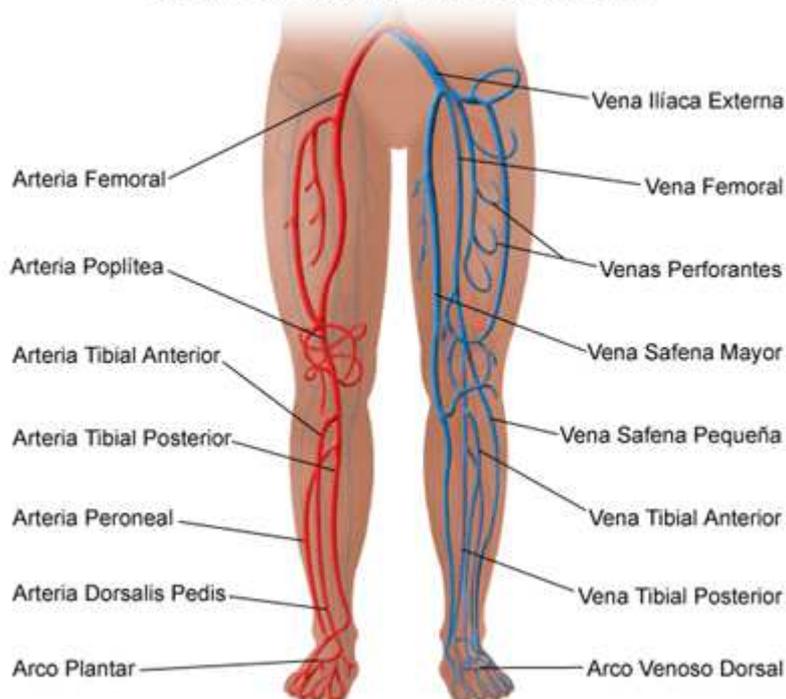
Goteo.

PROTOCOLO DE COLOCACIÓN DE VÍA VENOSA CENTRAL (VVC)

Técnica médica de colocación de acceso vascular central de forma percutánea en vena subclavia, yugular interna o femoral a través de un fiador, utilizando técnica Seldinger.



Circulación Arterial y Venosa de la Pierna



OBJETIVO: colaborar en la colocación de un acceso venoso central

COLOCACIÓN

Acciones de enfermería

- Lavado de manos
- Reunir material necesario para que el médico realice el procedimiento

Bandeja de VVC

Guantes estériles, sobretúnica, tapabocas

Antisépticos (alcohol al 70%, clorhexidina al 4% o clorhexidina alcohólica)

Suero de 100cc y tubuladura cebado

Alargue con llave de 3 vías

Tubos de recolección de muestras sanguínea (si es solicitado)

Anestésico local, lidocaína al 1 o 2 %

Gasas estériles

Gasa pequeña con corte en pantalón estéril

Leucoplasto o tegaderm

Jeringas de 10cc

Aguja subcutánea

Mesa auxiliar

- Si el estado del paciente lo permite explique el procedimiento y como debe colaborar durante el mismo
- Realice lavado de manos
- Coloque al paciente en posición, según indicación médica

- Asistir al médico en la entrega de material y soluciones solicitadas
- Observe y esté atento a los parámetros marcados por el monitor (si lo tiene) y al estado general del paciente durante la realización del procedimiento
- Finalizada la colocación alcance jeringa para la toma de muestra de sangre si está solicitada, luego alcance la solución de suero con la tubuladura correspondiente y conecte al terminal del catéter, manteniendo la asepsia

CURACIÓN

- Limpiar la zona peri catéter utilizando gasas embebidas en solución antiséptica
- Coloque una pequeña gasa fenestrada y fijelo con apósito estéril transparente o leucoplasto para la curación de la vía
- Acondicione al paciente
- Realice control hemodiámico
- Ordene el material y deseche los residuos según las normas
- Lavado de manos
- Realice registro, detallando fecha de colocación de la VVC. La misma tiene una duración de 7 días, o según la evolución del paciente o de la vía

OBJETIVO

Desarrollar un adecuado cuidado de enfermería en la manipulación del catéter venoso central para minimizar el riesgo de infección mediante una adecuada técnica aséptica en el cambio de apósitos y en el acceso al sistema.

FRECUENCIA

Los apósitos de gasa se cambian si está sucio, húmedo o se despegan.

Los apósitos transparentes deben cambiarse cada 7 días, cuando no están intactos o con colecciones húmedas debajo del apósito

REUNIR EL MATERIAL NECESARIO

Bandeja limpia

Gasas estériles y gasa pequeña fenestrada

Pinza estéril y/o guantes estériles

Tijera estéril

Alcohol al 70% o clorhexidina alcohólica

Leucoplasto o tegaderm

Guantes de higiene

Riñón

- Explicar el procedimiento al paciente, si el estado lo permite
- Lavado de manos

- Retirar curación previa usando guantes
- Valorar la zona de inserción del catéter en busca de signos de infección local (dolor, calor, enrojecimiento, inflamación, sensibilidad, irritación, drenaje cerca del área donde se encuentra el catéter)
- Realizar curación del sitio de punción utilizando pinza estéril (o guantes estériles) y gasa montada, colocando antiséptico en forma circular, desde lo proximal (zona de punción) a lo distal (peri catéter)
- Valore la zona de punción en busca de signos de flebitis (edema, calor, rubor), filtración o pérdida del punto de fijación a la piel
- Elegir el material para la fijación utilizando gasa pequeña, con corte de pantalón y fijar con micropore o tegaderm. En los pacientes que tienen traqueostomía o tubo endotraqueal colocar apósito transparente para la fijación.
- Acondicione al paciente
- Descarte el material según normas
- Lávese las manos

RECOMENDACIONES

- Usar material estéril: llave de 3 vías, tubuladura, sachet de suero
- Usar material inyectable estéril (aguja, jeringa)
- Se debe desinfectar previo a su uso tanto la llave de 3 vías o cualquier acceso utilizado en la vía (diafragma, goma, etc.) con gasa y alcohol al 70%. Los accesos cerrados deben permanecer cerrados
- Para lavar y taponar la luz de un catéter es preferible usar una inyección de una solución estéril de ClNa al 0.9%
- En general, los equipos de administración de uso continuado no necesitan ser reemplazados antes de las 72 horas, a menos que sean desconectados o que se sospeche o documente una infección asociada al catéter. Los equipos de administración de nutrición parenteral total deben cambiarse en general cada 24 horas. Si las soluciones contienen solo glucosa y

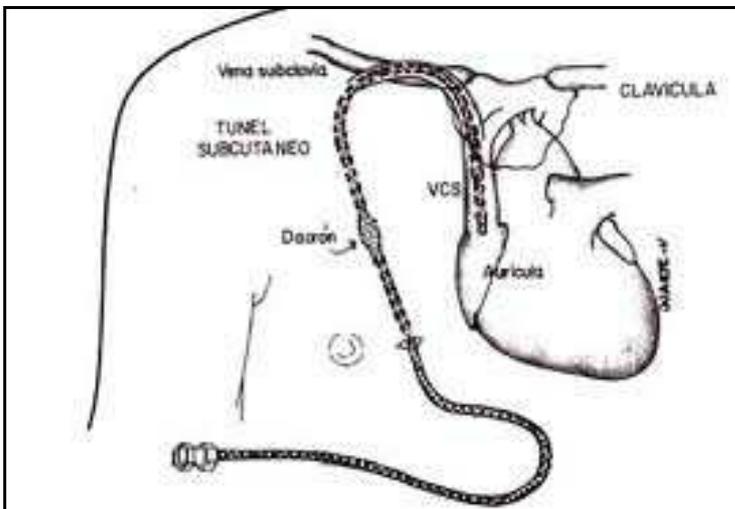
aminoácidos, los equipos de administración continuada pueden cambiarse cada 72 horas.

INFORMACIÓN

Es un catéter subcutáneo siliconado que puede estar implantado en venas de grueso calibre (de preferencia cava superior, yugular, subclavia o axilar) por largos períodos de tiempo, con menos incidentes de complicaciones trombóticas.

Consta del catéter propiamente dicho, el manguito de dacron el cual es clave para la sujeción, clamp, vaina de protección y las conexiones de distinto color.

La conexión de mayor calibre se usa para la extracción de sangre e infusión de hemoderivados.



- Llevar el material necesario junto al paciente (sobretúnica, tapabocas, guantes estériles, tegaderm, Clorhexidina alcohólica, gasas, leuco)
- Se le explica el procedimiento al paciente
- Lavado de manos
- Retirar el apósito
- Lavado de manos
- Colocarse los guantes
- Se aplica la Clorhexidina en la zona de inserción así como también en las conexiones, se procederá a la desinfección desde el orificio de salida del catéter hacia los extremos.
- Dejamos secar
- Se coloca tegaderm en el sitio de inserción
- Se cuben con gasa estéril las conexiones
- Se deja cómodo al paciente
- Se descartan los residuos siguiendo las normas institucionales
- Se registra el procedimiento en la historia clínica del paciente, así como también la valoración de la zona.

EN EL CASO DE USAR APÓSITOS TRANSPARENTES, LA CURACIÓN PUEDE REALIZARSE UNA VEZ A LA SEMANA, A NO SER QUE POR ALGUNA RAZÓN REQUIERA CURACIÓN MÁS FRECUENTE.

- Para cualquier manipulación debemos colocarnos guantes estériles, sobretúnica y tapabocas.
- Para su utilización, en el caso de que el catéter esté en desuso, se extraerán 10cc de sangre y a continuación se lavará con 10 – 20 ml de suero fisiológico.
- Cuando hay que desconectar el catéter hay que procurar hacerlo siempre por debajo de la altura del corazón y con las pinzas de clampado siempre cerradas, evitando que se produzca un embolismo aéreo.
- Hay que cambiar los tapones en cada desconexión, o si se disponen de conexiones luer lock, cada siete días.
- Si el paciente depende de alimentación parenteral, se utilizará una cola luz para dicha perfusión, se cambiará el sistema cada 24 horas cuando se cambie la alimentación, realizando dicho procedimiento con técnica estéril.
- Las llaves de tres vías hay que retirarlas cuando no se necesiten
- Se realizará cambio de conexiones y sistemas de perfusión como máximo cada 72 horas.
- Para la administración de medicamentos, debe lavarse el sistema para evitar precipitados. Los mismos se realizarán desde la conexión del envase y el sistema para evitar en lo posible las desconexiones proximales del catéter.
- Se deben cerrar y sellar las luces que no se estén utilizando con 1.8cc de heparina sódica. Siempre ejerciendo presión positiva. Se utilizará una jeringa para cada luz.
- Se hepariniza una vez al mes en el caso de estar en desuso

EXTRACCIÓN DE SANGRE POR EL CATÉTER HICKMAN

- Lavado de manos
- Explicarle el procedimiento al paciente
- Colocarse sobretúnica, tapabocas y guantes estériles
- Desinfectar la válvula con Clorhexidina alcohólica
- Extraer 10cc de sangre y descartar
- Con otra jeringa extraer la cantidad de sangre necesaria
- Lavar después de realizar la extracción de sangre con 10cc de suero fisiológico
- Heparinizar con presión positiva
- Se hepariniza una vez al mes en el caso de estar en desuso

Los Cinco Exactos

- 1) HORA CORRECTA.
- 2) PACIENTE CORRECTO.
- 3) MEDICACIÓN CORRECTA.
- 4) DOSIS CORRECTA.
- 5) VÍA CORRECTA.

1) MEDICAMENTO CORRECTO.

Leer tres veces la indicación y tres veces la etiqueta ya que muchas medicaciones son parecidas en color y forma. **Ante cualquier duda consultar**, NO ADMINISTRE MEDICACIÓN SI TIENE DUDAS.

2) DOSIS CORRECTA.

Comprobar tres veces la dosis que va a administrar. Con algunos medicamentos, incluso mínimas modificaciones en la dosis prescrita puede ser peligroso.

3) HORA CORRECTA.

Las concentraciones terapéuticas en sangre de los medicamentos dependen de la constancia y regularidad de los tiempos de administración. Siempre administrarlo a la hora indicada o lo más próximo posible a la misma.

4) VÍA CORRECTA.

Verificar la indicación en la Historia Clínica. En el caso de ampollas verificar en las mismas que sea para la vía indicada.

5) PACIENTE CORRECTO.

El paciente debe ser debidamente identificado, solicitarle (si su estado se lo permite, o a su acompañante), que diga su nombre

REGLA DE LOS 4 YO

1 – YO PREPARO

2 – YO ADMINISTRO

3 – YO REGISTRO

4 – YO RESPONDO

- Vea al paciente como un todo que tiene nombre y apellido, nunca se maneje sin conocer los siguientes datos del paciente: nombre, motivo de internación, que etapa de su enfermedad cursa, habitación que está internado, cama, cómo ha respondido a los tratamientos, si está estable o cursa alguna alteración orgánica aguda, como ha tolerado la medicación, si ha tenido alguna situación especial relacionado a la medicación.
- Nunca se dirija por el número de habitación, cama o diagnóstico
- Vea tres veces la indicación médica y el paciente correspondiente a esa indicación

- Vea tres veces la dosis indicada
- Vea tres veces el medicamento
- Verifique fecha de vencimiento del medicamento y estado de conservación del mismo
- Trabaje en un ambiente tranquilo, concentrado en lo que está haciendo
- No pida a otro compañero que administre medicación que usted preparó, ni administre usted medicación que no preparó.
- Tiene que saber que acción tiene cada medicamento que administra, para saber que debe controlar posteriormente a ese paciente
- Cuando la medicación es vía oral verificar que la tomó antes de retirarse de la habitación
- Si es intravenosa, diluir según protocolo de dilución de comero
- Lavado de manos antes y despues del procedimiento
- Registrar el medicamento administrado, dosis, vía, con letra clara y haciendo constar fecha, hora y firma.

TÉRMINOS FARMACOLÓGICOS

MEDICAMENTO

Es cualquier sustancia que busca producir un efecto farmacológico, que es el cambio que se produce en algún sistema o en alguna parte del organismo ya sea celular, humoral o microbiano.

EFECTO DESEADO

Es el cambio en el organismo para el que fue creado el medicamento

EFECTO COLATERAL

Son los otros efectos del fármaco que no son deseados

EFECTO TÓXICO

Es el efecto que se produce por el aumento de concentración del medicamento en sangre

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Es la zona o lugar por donde el medicamento ingresa al organismo

❖ Enteral = natural = vía oral – sublingual – rectal

Ventajas: Es fácil de usar, cómoda, menos agresiva

Desventajas: no se usa si el paciente tiene náuseas, vómitos o diarrea, si tiene compromiso de conciencia

❖ Parenteral = artificial = intradérmica – subcutánea – intramuscular –
intraarticular – intratecal

❖ Tópica = natural = óptica – otica - piel

VÍA ORAL

- 1) LAVADO DE MANOS.
- 2) Retirar la dosis indicada del sobre en el que se encuentra la medicación indicada, si está en blister, abrirlo frente al paciente.
- 3) Explicar al paciente el procedimiento.
- 4) Ofrecer agua u otro líquido.
- 5) Permanecer con el paciente hasta que haya tragado la medicación.

VÍA SUBLINGUAL

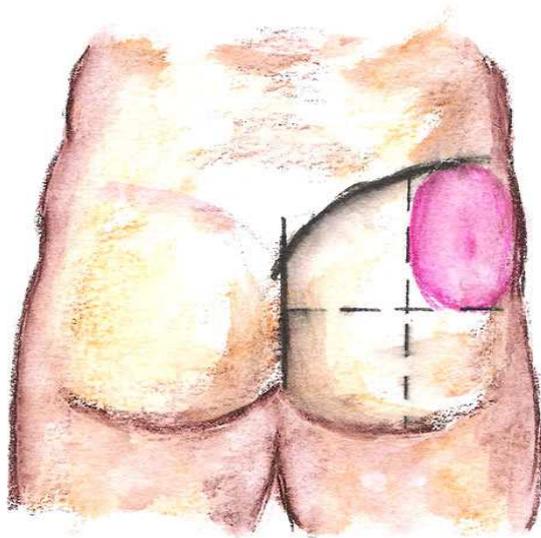
- 1) LAVADO DE MANOS.
- 2) Retirar la dosis indicada del sobre en el que se encuentra la medicación indicada.
- 3) Explicar el procedimiento al paciente.
- 4) Controlar su higiene bucal.
- 5) Solicitar al paciente que abra la boca y levante la lengua, colocar el comprimido debajo de ésta e indicar al paciente que baje la lengua y cierre la boca.
- 6) Solicitarle que no trague el comprimido y que lo deje disolverse.

VÍA INTRAMUSCULAR

- 1) LAVADO DE MANOS.
- 2) Cargar la jeringa con la medicación igual que para la administración I/V en bolo (no más de 2-5cc).

- 3) Explicar el procedimiento al paciente.
- 4) Solicitarle que se relaje para disminuir la tensión muscular.
- 5) Pedirle que se acueste decúbito lateral o ventral dejando la región glútea al descubierto (también se puede administrar en el deltoides)
- 6) Delimitar la zona de punción, (cuadrante superior externo del glúteo, ángulo interno).
- 7) Realizar asepsia de la piel mediante un movimiento rotativo con una torunda humedecida en alcohol.
- 8) Dejar que la piel se seque por sí misma.
- 9) Puncionar y previo a inyectar el líquido aspirar para corroborar que no se puncionó un vaso sanguíneo; si viene sangre cambiar el ángulo de la aguja y volver a aspirar.
- 10) Inyectar lentamente.
- 11) Extraer la aguja rápidamente y hacer presión sobre la zona.

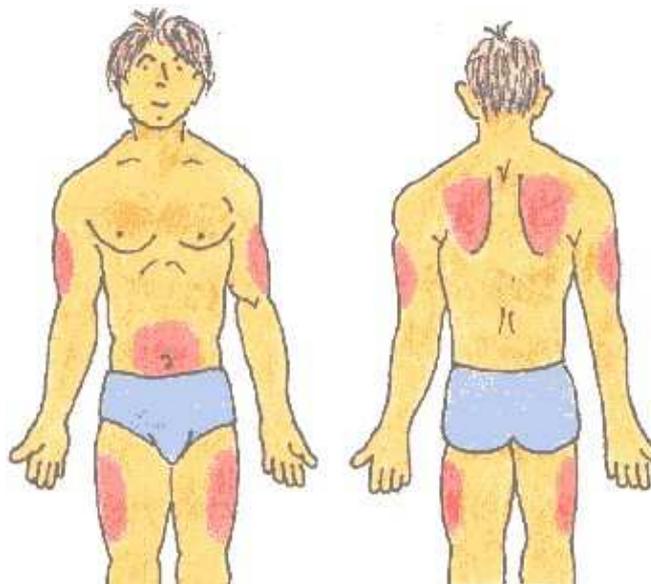
ZONA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR



VÍA SUBCUTÁNEA

- 1) Lavado de manos.
- 2) Preparar la medicación (no se debe inyectar más de 1ml)
- 3) Elegir el sitio de punción, (brazo, muslo, abdomen o dorso).
- 4) Explicar el procedimiento al paciente.
- 5) Realizar la asepsia de la piel según se describió en I/V o I/M.
- 6) Realizar un pliegue cutáneo antes de puncionar.
- 7) Puncionar en ángulo de 45°.
- 8) Aspirar suavemente para verificar que no se puncionó un vaso sanguíneo.
- 9) Inyectar lentamente.
- 10) Extraer la aguja rápidamente sin masajear la zona.

ZONA DE PUNCIÓN SUBCUTÁNEA



VÍA INTRADÉRMICA

- 1) LAVADO DE MANOS.
- 2) Preparar la medicación (generalmente se usa para vacunación BCG o para pruebas de alergia)
- 3) Explicar al paciente el procedimiento.
- 4) Identificar la zona a puncionar, (cara interna del antebrazo cuatro dedos por encima de la muñeca y dos dedos por debajo de la flexión del codo. Cara anterior del tórax por debajo de las clavículas. A la altura de las escápulas en la espalda).
- 5) Realizar asepsia de la piel igual que los demás inyectables.
- 6) Puncionar en un ángulo casi paralelo a la piel.
- 7) Inyectar lentamente y se observará la formación de una pápula.
- 8) Se retira la aguja sin hacer masaje.

VÍA OFTALMOLÓGICA

- 1) LAVADO DE MANOS.
- 2) Humedecer gasa estéril con suero fisiológico. Realizar higiene ocular desde el ángulo interno al externo del ojo.
- 3) Inclina la cabeza del paciente hacia atrás.
- 4) Indique al paciente que mire hacia arriba.
- 5) Coloque el dedo índice en su pómulo y tire suavemente la piel hacia abajo para descubrir el saco conjuntival inferior.

- 6) Con la otra mano mantenga el frasco cerca del ángulo externo del ojo e instile el número prescrito de gotas, (no deje caer gotas sobre la córnea).
- 7) Deje que el paciente parpadee para distribuir el medicamento por todo el ojo.
- 8) Limpie el exceso de líquido con una gasa estéril.
- 9) Si se trata de pomada o ungüento: extender una banda de pomada a lo largo del saco conjuntival, comenzando desde el ángulo interno al externo.
- 10) Suelte el párpado inferior y pida al paciente que mantenga por 1 o 2 minutos los ojos cerrados moviendo el ojo.
- 11) Limpie el exceso de pomada con gasa estéril.

VÍA OTICA

- 1) LAVADO DE MANOS.
- 2) Verificar la higiene del oído del paciente y si es necesario realizarla.
- 3) Coloque al paciente sentado o acostado con el oído a instilar hacia arriba.
- 4) Tome el pabellón auditivo externo y tracciónelo suavemente hacia arriba, atrás y afuera.
- 5) Instile el número de gotas indicadas
- 6) Seque el exceso de gotas que puedan haber mojado el pabellón auditivo
- 7) Indicar al paciente que permanezca con el oído hacia arriba durante 10 minutos.

VÍA VAGINAL

- 1) LAVADO DE MANOS.
- 2) Explicarle el procedimiento a la paciente.
- 3) Solicitarle a la paciente que orine.
- 4) Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- 5) Colocarse guantes limpios
- 6) Realizar higiene genital.
- 7) Si se trata de una irrigación se prepara: 30cc de yodofón en 100cc de suero fisiológico.
- 8) Solicitarle que contraiga los músculos perianales.
- 9) Introducir en la vagina la tubuladura o aplicador unos 5cm y comenzar a pasar la solución.
- 10) Si se trata de un óvulo abrirlo delante de la paciente.
- 11) Usando guantes limpios, abrir los labios mayores e introducir el óvulo por la pared posterior de la vagina 4 a 6 cm.
- 12) Luego de administrada la medicación limpiar residuos, colocar apósito y pedirle a la paciente que permanezca en posición horizontal por lo menos 15 minutos.

VÍA RECTAL

- 1) LAVADO DE MANOS.
- 2) Explicar el procedimiento al paciente.
- 3) Verificar estado de higiene y de ser necesario realizarla.
- 4) Colocar al paciente decúbito lateral.
- 5) Colocarse los guantes limpios.
- 6) Solicitarle al paciente que inspire hondo.
- 7) Separar con la mano no dominante los glúteos.
- 8) Introducir el supositorio suavemente en el recto con la parte cónica hacia delante 5cm hasta pasar el esfínter anal interno.
- 9) Mantener los glúteos apretados o presione el ano con una torunda hasta que pase la sensación de movilizar.
- 10) Pedirle al paciente que retenga el supositorio por 20 minutos.
- 11) Si se trata de pomada, introducir suavemente el aplicador unos 7 cm y exprimir el tubo para eyectar la pomada.
- 12) Retirar y dejar una torunda para absorber el exceso de pomada.
- 13) Si se trata de Enemol, introducir la cánula hasta pasar el esfínter anal interno 5-7cm y exprimir el tubo para eyectar el líquido. Pedirle al paciente que retenga el mismo el mayor tiempo posible.

OBJETIVO

Aplicar protocolo a todo paciente que tenga indicación médica de recibir tratamiento trombolítico, para la reperusión vascular

Estreptoquinasa

Proteína bacteriana producida por estreptococos beta hemolíticos, que genera un estado lítico de la sangre produciendo la lisis de los trombos intravasculares.

Presentación: frasco ampolla 1.500.00 UI

Reconstitución: en 100cc de solución fisiológica o glucosada (según indicación médica)

Tiempo de infusión: entre 45 – 60 minutos

Vida media: 30 minutos estado lítico y de incoagulabilidad es de 12 a 24 horas

Modo de conservación: el polvo liofilizado entre 15 a 20 °C protegido de la luz. La solución debe ser utilizada de inmediato luego de su reconstitución. En caso de que se demore su uso, la solución reconstituída será refrigerada entre 2 a 4 °C (mantiene solución estable durante 24 horas, pero se aconseja su uso entre las primeras 8 horas)

Acciones de enfermería:

- Acondicionar al paciente semisentado, en reposo absoluto
- Colocar oxígeno por máscara
- Controles vitales
- Monitorización cardíaca permanente
- Realizar ECG de 12 derivaciones y rotularlo
- Colocar acceso venoso de buen calibre

Preparación de estreptoquinasa:

- Materiales: bandeja, set primario de BIC, macrogotero, jeringa, aguja, fármaco, sachet de suero indicado de 100cc, marcador permanente.
- Lavado de manos
- Preparación de la solución y rotulación de la misma
- Explicar al paciente síntomas que puede presentar durante la administración de la medicación. Darle tranquilidad y permanecer junto a él durante la infusión.
- Cuando haya pasado aproximadamente la mitad de la medicación se realizará nuevo ECG. Indicando que corresponde al intratratamiento. Imprimir cada evento eléctrico que surja en el monitor.
- Durante la administración controlar la PA y FC
- Valorar el estado del paciente permanentemente mientras transcurre la infusión de estreptoquinasa en busca de complicaciones: náuseas, vómitos, palidez cutánea, sudoración e hipotensión, hemorragias, reacción alérgica.

En caso de aparecer estos signos o síntomas se procederá a avisar de inmediato al médico, quién determinará la continuación o suspensión momentánea o total del tratamiento

- Finalizada la administración relizar nuevo ECG de 12 derivaciones
- Controles vitales

A tener en cuenta:

- No multipunción a los pacientes, ya que pueden sangrar luego de la administración de estreptoquinasa
- Evitar que el paciente se golpee
- Evitar toda maniobra que pueda ocasionar sangrado luego de la estreptoquinasa

El sondaje vesical es la colocación de un catéter a través de la uretra hasta la vejiga para permitir el fluido de manera continua o intermitente de orina en aquellos pacientes incapaces de controlar la micción (incontinencia), en post operatorio de próstata, o en aquellos casos que por obstrucción o imposibilidad de orinar en forma espontánea. Se coloca con indicación médica.

1 - Colocación de sonda vesical

Acciones de Enfermería (dos operadores)

Operador 2 instrumenta

Operador 1 realiza la técnica

Lo primero es verificar la indicación médica: si es para evacuar o a permanencia.

- Disponible en centro de materiales un Tupper con lo necesario para colocación de una sonda vesical.
- Biombo o cortina (privacidad del paciente)
- Material de higiene: chata, jarra,
- guantes de higiene
- Jabón y agua tibia
- Toalla
- Llevar material a la unidad del paciente y explicarle, si el estado lo permite, el procedimiento.
- Crear ambiente de privacidad para el paciente.
- Colocarlo en posición decúbito dorsal con piernas flexionadas.
- Lavado de manos y colocación de guantes de higiene.
- Realizar higiene de zona genital y perineal y seque la zona.
- Quitarse guantes y realizar lavado de manos.

- Colocación de guantes estériles operador 1
- Operador 2 alcanzará material al operador 1.
- Coloque campo cerrado estéril entre las piernas del la paciente.
- Cargue 5 ml de solución fisiológica para insuflar balón y 10 ml de lubricante estéril
- Colocar campo fenestrado dejando solo expuesto los labios mayores o pene.
- En la mujer Lubrique punta de la sonda con lubricante estéril.
- Con su mano no dominante, tomando gasa estéril, separe los labios mayores y menores identificando meato urinario.
- Tome la sonda (a 7 cm de su extremo) con su mano dominante e introdúzcala hasta que fluya orina que se descartará en riñón.
- En el hombre introduzca el lubricante que contiene la jeringa, colocando el pene perpendicular al cuerpo, luego introduzca la sonda en su totalidad, luego de eso insufla balón con 5 ml de suero y recién después retirar hacia atrás hasta hacer tope.
- Sin soltar la sonda coloque la bolsa colectora, no dejar que salgan más de 150 ml.
- La vejiga se evacúa de a 100– 150 ml, pinzar la sonda, volver a evacuar 100 – 150 cerrar y así ir evacuando de a poca cantidad.
- Pase la sonda por debajo del muslo y coloque la bolsa en los soportes específicos.
- Retírese los guantes
- Acondicione a la paciente dejándolo cómodo y confortable.
- Descarte material en los recipientes estipulados
- Lávese las manos
- Registre el procedimiento. Detallando: acción realizada, tolerancia y volumen y característica de lo drenado.

TÉCNICA REALIZADA CON UN OPERADOR

- Primero la indicación médica
- Llevar equipo al lado del paciente
- Explicar el procedimiento al paciente
- Adecuar el lugar para brindar privacidad al paciente.
- Lavado de manos colocarse guantes y realizar higiene genital al paciente.
- Nuevo lavado de manos
- Colocar en campo estéril todo el material necesario , depositarlo sobre el campo estéril,

Cargue 5 ml de solución fisiológica para insuflar y otra con 10 ml de lubricante estéril

- Colocarse los guantes estériles
- Coloque campo fenestrado dejando solo visible meato urinario.
- Coloque gasa estéril en forma de corbata alrededor del pene retrayendo prepucio si es hombre o abriendo labios mayores si es mujer.
- En el hombre tome el pene con su mano dominante y elévelo en forma perpendicular al cuerpo e inyecte 10 cc de solución lubricante a través de la uretra
- Tome la sonda (a 7 cm aprox de su extremo) con su mano dominante e introdúzcala hasta que fluya orina llevándola hasta su bifurcación.
- Baje el pene y sin soltar la sonda coloque la bolsa colectora y proceda a insuflar el balón para fijarla.
- Retire lentamente hacia atrás la sonda hasta que haga tope.
- Vuelva a colocar el prepucio que cubra el glande.
- Pase la sonda por debajo del muslo y coloque la bolsa en los soportes específicos.
- Retírese los guantes

- Acondicione a la paciente dejándolo cómodo y confortable.
- Descarte material en los recipientes estipulado

Lavarse las manos Registre el procedimiento., detallando características de la orina y el volumen.

- Si es para evacuar orina debe hacerlo de a 100 ml a 150 cc no evacuar de una sola vez. Evacúa, pinza, evacúa, pinza.

3 - Cuidados del paciente con sonda vesical permanente

OBJETIVOS DEL CUIDADO:

- *Mantener permeabilidad de la sonda*
- *Disminuir riesgo de infección*
- *Asegurar correcta manipulación*

1 – Lavado de manos antes y después del contacto con la sonda, y usar guantes no estériles.

2 - Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.

3 - Lavar la sonda cuando sea preciso para mantenerla permeable, según técnica aséptica, utilizando solución estéril y **previa indicación médica**.

4 - Indicar al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.

5 - Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje (sonda - bolsa). Si usted lo abre este sistema pierde su esterilidad.

7 - Limpieza de la zona perineal exhaustivamente cada 12 horas: higiene de genitales con agua y jabón.

8 - Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco supra púbico, orina turbia o mal oliente, hematuria).

9 - Valorar la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda, en caso de que ésta existiera y avisarle al médico.

10 - Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje de la sonda, nunca en el catéter.

11 - Los cambios de sonda vesical permanente se cambian : Cuando lo aconseje la duración máxima de la sonda, como por ejemplo las de látex se cambian cada 10 días tiempo máximo las siliconadas 20 días

- Para extraer muestra de orina para urocultivo, no desconectar la sonda de la tubuladura, se realiza mediante la punción de la misma.

Lo primero es desinfectar sitio de punción con torunda y alcohol al 70% la sonda en el extremo próximo a la conexión con el tubo de drenado de orina .Use guantes estériles. **REITERAMOS PUNCIÓN EN LA PROXIMIDAD DE LA SALIDA DE LA ORINA HACIA LA TUBULADURA DE LA BOLSA COLECTORA.**

Antes de puncionar pinzamos varios minutos para que al puncionar la vejiga contenga orina.

- Para medir diuresis se debe usar guantes y la extracción de orina la realiza mediante el tapón de la bolsa de drenado .luego de hecho el procedimiento lavado de manos.

4 – Retiro de la sonda vesical

Acciones de Enfermería

- Reunir el material: bandeja, guantes de higiene, gasas, jeringa 5 ml, bolsa de residuos.
- Explicar procedimiento al paciente
- Colocarlo en posición ginecológica.
- Lavado de manos.
- Colocarse guantes de higiene

- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar, asegurándole que no es doloroso, sino ligeramente molesto. Debemos mantener privacidad.
- Realizar vaciado de orina de la bolsa colectora.
- Conectar una jeringa y vaciar completamente el contenido del balón.
- Retirar la sonda suavemente.
- Proceder a realizar higiene de genitales.
- Anotar la diuresis existente en la bolsa de drenaje, y las características de la misma, así como la hora en que se realiza la retirada.
- Controlar las micciones tras la retirada de la sonda por si apareciera alguna alteración. . **CONTROLAR QUE EL PACIENTE RETOME LA MICCIÓN ESPONTÁNEA LUEGO QUE SE RETIRA UNA SONDA VESICAL.**

En pacientes post operados puede aparecer disuria y polaquiuria, ambas alteraciones son normales después de una intervención y mejora con el paso del tiempo; pedirle a estos pacientes si no está contra indicado que orine de pie.

SONDA NASOGÁSTRICA

Introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago

INDICACIONES

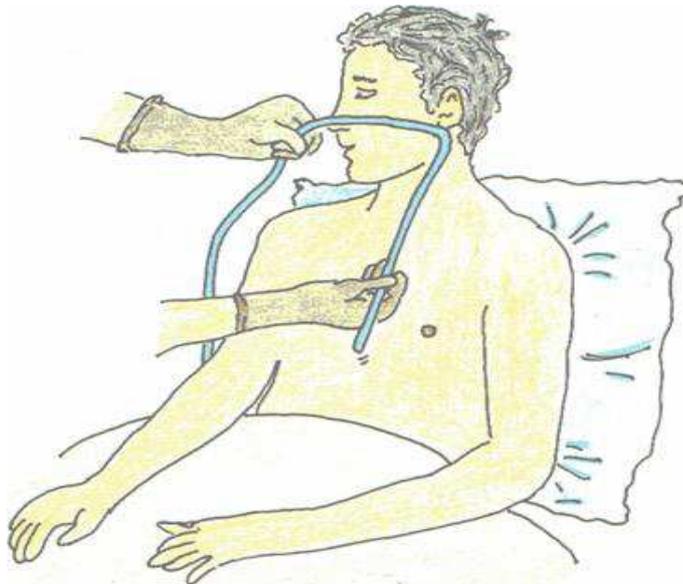
- 1- *Nutrición enteral*
- 2- *Descompresión*
- 3- *Lavado gástrico*

EQUIPO PARA LA COLOCACIÓN

- *Sonda calibre según paciente y objetivo de la colocación*
- *Lubricante : xilocaína estéril*
- *Guantes*
- *Jeringa de 20ml o de 50 ml*
- *Vaso con agua*
- *Riñón o palangana*
- *Material de sujeción*
- *Bolsa colectora o bocal*
- *Sábana o babero*

TÉCNICA

- *Llevar el equipo al lado del paciente.*
- *Explicar el procedimiento, si el paciente está en condiciones de entender.*
- *Colocar en posición sentado (fowler)*
- *Lavado de manos*
- *Colocarse guantes*
- *Retirar prótesis dentales*
- *Examinar orificios nasales*
- *Medir la sonda (según muestra la lámina)*



- *Lubricar la sonda*
- *Introducir la sonda por una de las narinas*
- *Inclinar la cabeza hacia atrás*
- *Luego hacia delante y deglutir darle un sorbo de agua y pedirle que trague (deglutir)*
- *Continuar con progresión de sonda*
- *Si presenta tos retirar.*

- *Se introduce hasta el punto que medimos antes*
- *Comprobar que la sonda se encuentra en estómago :mediante*
 - a- aspiración*
 - b - introducir aire con una jeringa y con el estetoscopio escuchar burbujeo, a nivel de la punta de la sonda*
- *Fijar sonda a la nariz, con sujetador que adhiere primero la nariz, y segundo la sonda*
- *Aspirar y medir contenido residual, ver características*
- *Características puede ser : bilioso, fecaloideo, alimento*
- *Dejar la sonda a bolsa, bocal, o cerrada según para que esté indicada*
- *Dejar cómodo y limpio al paciente. Vigilar que la sonda no quede acodada y a un nivel por debajo del estómago.*
- *Llevar el equipo a la enfermería sucia, descartar el material usado según normas. y dejar el material en recipientes según normas para recibir el proceso de limpieza, esterilización o desinfección necesarias.*
- *Lavado de manos*
- *Registrar en historia clínica del paciente: acción realizada, tolerancia del paciente. cantidad y características de lo que drena la sonda al ser colocada .indicar si queda cerrada o a bocal.*

RETIRO DE SONDA NASOGÁSTRICA

- *Indicación médica*
- *Posición de fowler o sentado*
- *Lavado manos*
- *Explicar al paciente procedimiento*
- *Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta, retirando la sonda suavemente.*
- *Efectuar higiene y dejar cómodo al paciente*

- Descartar material de acuerdo a las normas
- Registrar en historia clínica.

MANTENIMIENTO DE LA Sonda NASOGÁSTRICA

- *Lavado de manos antes y después del manejo de la sonda*
- *Observación en forma permanente de fijación y marca de la sonda. que esté bien colocada, que no se hubiera desplazado con movimientos del paciente.*
- *Cambiar cada vez que sea necesario la fijación de la sonda, mantener limpia la misma.*
- *Al realizar higiene del paciente evitar que se salga o se corra.*
- *Higiene diario de narinas*
- *Con cotonete con agua tibia. remover cada vez que sea necesario las secreciones secas.*
- *Cuando hay peligro que el paciente se quiera sacar la sonda, se puede colocar guantes mitones, o uno según la situación del movimiento que el paciente conserve.*
- *Si la sonda es colocada para drenado del contenido gástrico :*
 - a – medir gasto = cantidad*
 - = características (color, olor, tipo)*

Esto se realiza hora 8, o según indicación médica

b – mantener permeable: sin acodaduras en alargue y bolsa.

Cambiarlos en forma diaria.

c – verificar que la sonda permanezca por debajo del nivel del estómago. No elevar ese nivel para evitar reflujos

d - si el tipo de drenado es espeso o restos alimenticios debemos aspirar con jeringa de 20 ml, para favorecer el drenado.

SI LA SONDA SE COLOCA PARA ALIMENTACIÓN

- *Lavado de manos antes y después de la manipulación*
- *Verificar colocación adecuada*
- *Desde el momento que se va a colocar el alimento posición semisentado a 45 ° hasta 1 hora después de finalizada la misma.*
- *El pasaje del alimento debe ser a goteo intermedio, no puede ser acelerado, ya que puede provocar vómitos o intolerancia.*
- *Previo al pasaje del alimento, aspirar la sonda con jeringa de 20 ml. si se obtiene residuo ver cantidad si excede de 50 a 100 ml ver si se pasa el alimento*
- *El preparado debe ser tibio o a temperatura ambiente. luego de sacar de la heladera dejar 20 minutos.*
- *Debemos lavar la sonda con agua tibia a fin de evitar depósitos de grasas en las paredes de la sonda.*
- *Si usa una misma bolsa o sachet para el pasaje del alimento, finalizado el pasaje se debe lavar bien el sachet y la tubuladura con abundante agua tibia.*
- *Si debemos pasar medicación por la sonda los comprimidos deberán estar bien molidos, y mezclar con agua, para pasar con una jeringa. teniendo precaución de luego pasar agua y asegurar el pasaje y que los medicamentos no queden en el trayecto de la sonda.*
- *Registrar en la historia clínica del paciente, todas las acciones que se le realizan al paciente, con explicación de tolerancia y respuesta de la acción.*

La oxigenoterapia es un proceso terapéutico, mediante el cual se administra oxígeno, como un medicamento; con el objetivo de aumentar el contenido del mismo en sangre y tratar la hipoxia.

El oxígeno es un gas indispensable para la vida, pero así como todo medicamento debe ser usado y tratado con precaución para lograr su fin terapéutico.

En condiciones normales la FIO₂ es del 21%, correspondiente a la concentración de Oxígeno en el aire que respiramos (compuesto además por un 78,5% de

OBJETIVOS DE LA OXIGENOTERAPIA:

Administrar al paciente una concentración necesaria de oxígeno para mejorar su estado respiratorio y prevenir afecciones debidas a un déficit de oxígeno.

Mejorar la calidad de vida del paciente, ayudarlo a conocer la importancia del uso de oxígeno y favorecer un uso eficaz del mismo.

MATERIALES:

- Fuente de oxígeno (central o balón)
- Si se utilizará balón usar un manómetro.
- Tubuladura que conduce el oxígeno.
- Frasco humidificador.
- Agua destilada para humidificar.
- Flujímetro para medir la cantidad de litros de oxígeno que son administrados por minuto.
- Dispositivo de elección con el que se administrará el oxígeno, que debe ser el indicado por el médico y adaptado a las necesidades del paciente. Se destacan: catéter nasal, mascarillas de flujo libre o controlado, traqueotomía, nebulizadores y respirador.

Cánulas o gafas nasales



Es el sistema más usado para administrar oxígeno a bajos flujos. Es barato, fácil de usar y en general muy bien tolerado. Permite hablar, comer, dormir y expectorar sin interrumpir el aporte de O₂. El flujo de oxígeno que se consigue con este dispositivo oscila entre 1-4 litros por minuto, por cada litro de oxígeno añadido la FIO₂ sube 4%. No se recomienda sobrepasar los 5 l/m, ya que flujos mayores son incómodos, secan la mucosa nasal y no consiguen aumentar la FIO₂. Las gafas nasales consisten en unos tubos plásticos flexibles que se adaptan a las fosas nasales y que se mantienen sobre los pabellones auriculares. El procedimiento para su colocación es como sigue:

- Tenga el material preparado: cánula nasal, fuente de oxígeno, pañuelos de papel.
- Lávese las manos.
- Informe al paciente de la técnica que va a realizar y solicite su colaboración.
- Conecte el extremo distal de la cánula a la fuente de oxígeno.
- Introduzca los dientes de la cánula en las fosas nasales.
- Pase los tubos de la cánula por encima de las orejas del paciente y ajuste la cánula con el pasador, de manera que éste quede por debajo de la barbilla.

(Los tubos deben adaptarse a la cara y el cuello del paciente sin presiones ni molestias).

- Seleccione el flujo de oxígeno prescrito.
- Cuidados posteriores. Controle regularmente la posición y el ajuste de la cánula nasal, ya que puede soltarse fácilmente. Compruebe que las fosas nasales del paciente están libres de secreciones y de lesiones. Si no fuese así, retire las gafas e indíquele que se suene. Vigile las zonas superiores de los pabellones auriculares y la mucosa nasal (lubrique los orificios nasales si es necesario). Mantener correcta higiene de orificios nasales

Mascarillas simples de oxígeno o de flujo libre:



Son dispositivos que cubren la boca, la nariz y el mentón del paciente. La FIO₂ oscila entre 35 y 60 % con flujos bajos (6-10 litros por minuto). Interfieren para expectorar y comer y, al igual que las gafas nasales, se pueden descolocar (especialmente por la noche).

Las mascarillas son dispositivos de plástico suave y transparente. Aunque existen distintos tipos, en general poseen los siguientes elementos:

- Perforaciones laterales. Por ellas sale el aire espirado.
- Cinta elástica. Sirve para ajustar la mascarilla.
- Tira metálica adaptable. Se encuentra en la parte superior de la mascarilla y sirve para adaptarla a la forma de la nariz del paciente.

El procedimiento para la colocación de la mascarilla simple se describe a continuación:

- Tenga el material preparado: mascarilla y fuente de oxígeno.
- Lávese las manos.
- Informe al paciente de la técnica que va a realizar y solicite su colaboración.
- Conecte la mascarilla a la fuente de oxígeno.
- Sitúe la mascarilla sobre la nariz, la boca y el mentón del paciente.
- Pase la cinta elástica por detrás de la cabeza del paciente y tire de sus extremos hasta que la mascarilla quede bien ajustada en la cara.
- Adapte la tira metálica al contorno de la nariz del paciente. Con ello se evitan fugas de oxígeno hacia los ojos y hacia las mejillas.
- Seleccione en el flujímetro el flujo de oxígeno prescrito.
- Cuidados posteriores. Controle regularmente que la mascarilla está en la posición correcta. Compruebe que la cinta no irrita el cuero cabelludo ni los pabellones auriculares. Vigile que no haya fugas de oxígeno por fuera de la

maskarilla (especialmente hacia los ojos). Valore las mucosas nasal y labial y lubríquelas si es necesario.

- Mantener una correcta higiene de la cavidad bucal

Mascaras de flujo controlado:



Permiten obtener concentraciones del O_2 inspirado de una forma más exacta, independientemente del patrón ventilatorio del paciente. Están especialmente indicados en enfermos con insuficiencia respiratoria aguda grave en los que es preciso controlar la insuficiencia de forma rápida y segura. Tiene las mismas características que la mascarilla simple, pero con la diferencia de que en su parte inferior posee un dispositivo que permite regular la concentración de oxígeno que se está administrando. Ello se consigue mediante un orificio o ventana regulable que posee este dispositivo en su parte inferior. En el cuerpo del dispositivo normalmente viene indicado el flujo que hay que elegir en el flujímetro para conseguir la FiO_2 deseada.

O_2 (l/m)	FiO_2
3	24%
6	28%
9	35%
12	40%
15	50%

Nebulizadores:

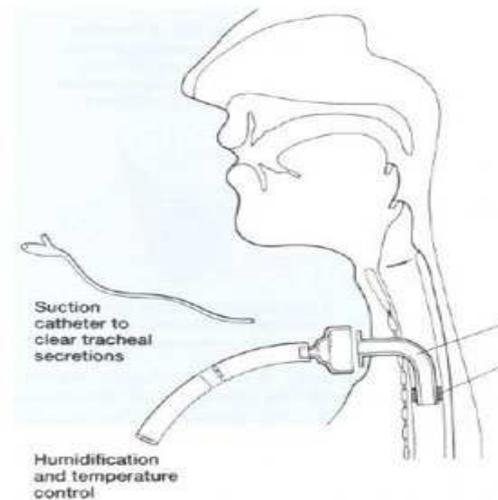


La nebulización permite la administración terapéutica en fino de partículas de agua o medicamento mediante la presión de O₂ o aire en forma de vapor.

Tiene como objetivo administrar al aparato respiratorio medicamentos con fines terapéuticos o fluidificar las secreciones para facilitar la expulsión de las mismas.

Se utiliza un nebulizador para cada nebulización, dejándolo en el área sucia dentro de una bolsa de nylon para ser llevado al centro de materiales y cambiarlo por nebulizadores limpios.

Administración de oxígeno por traqueotomía:



Es la administración de oxígeno a través de una abertura artificial en la tráquea, y hacia los pulmones. Usualmente se fija a una cánula o tubo endotraqueal un tubo en t, y mediante este se administra el oxígeno humidificado. Debe ir un brazo de la t fijado al tubo otro al aire ambiental y el otro o la fuente de oxígeno.

Cuidados de enfermería:

- Favorecer una respiración eficaz al paciente, uso eficaz del oxígeno y adaptación del paciente a este nuevo estilo de vida en caso de ser permanente o por tiempo prolongado.
- Correcta valoración del paciente (frecuencia respiratoria, forma de respiración, uso de musculatura accesoria)
- Valorar además la repercusión de la hipoxia (cianosis, palidez, desorientación, letargo o excitación, ansiedad, alteraciones de F.C., etc.)
- Valorar condiciones del sistema de uso de oxígeno, administrarlo húmedo, comprobar el buen estado de los dispositivos y mascarar, ver las condiciones de higiene bucal y limpieza de las mascarar y que estas sean adecuadas al paciente en tamaño e indicación.

- Recordar que el oxígeno entra normalmente en nuestro organismo húmedo, pero para ser almacenado debe comprimirse y secarse, por lo que debe ser humidificado para proteger las mucosas con agua estéril o agua destilada estéril. No usar suero fisiológico.
- Obtener la colaboración del paciente e informar la importancia del uso de oxígeno.
- Educar sobre el oxígeno, su uso, manejo y funcionamiento de sistemas.
- Recordar que el oxígeno es un gas inflamable y acelera la combustión para tomar las precauciones correspondientes.
- Realizar los registros de enfermería correspondientes.
- Fomentar técnicas asépticas.
- Higiene de la boca en cada turno
- Higiene del traqueostoma y de la curación del mismo

ADMINISTRACION DE INHALADORES:

Con frecuencia en los pacientes con patologías respiratorias el tratamiento farmacológico utilizado son los broncodilatadores. Medicamentos eficaces en el alivio de sintomatología.

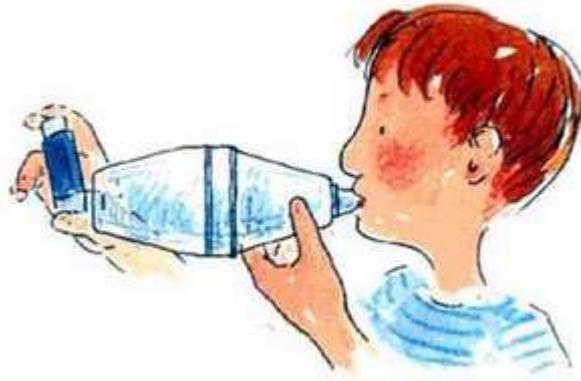
Siempre debe fomentarse el uso de inhalocámara que tiene muchas ventajas como el hecho de que facilita la inhalación del fármaco.

Técnica:

- Lavado de manos.
- Preparación del material. Explicar el procedimiento.
- Agitar el inhalador y destapar.
- Conectarlo a la I.C.
- El paciente debe realizar una espiración profunda.
- Colocar la I.C. entre los labios del paciente sin retirar el inhalador.
- Realizar el número de disparos indicados.
- Tener en cuenta que si no se cuenta con I.C. es necesario una mayor coordinación entre la inspiración y la dosificación debiendo actuarse esta entre 1-3 segundos de la inspiración.
- Si se cuenta con I.C. respirar manteniendo la boquilla entre los labios, se estima aproximadamente 6-10 respiraciones para aspirar el medicamento contenido en el volumen de la I.C.
- Si son varios medicamentos respetar pausa entre uno y otro.
- Dejar al paciente cómodo. Lavado de manos. Acondicionar el material y realizar los registros de enfermería.
- Luego de los inhaladores se debe realizar higiene de la boca

La I.C. ayuda a pacientes que no les es posible coordinar la pulsación del inhalador con la inspiración, y facilita la inhalación del fármaco.

Tiene como ventaja que disminuye el depósito de medicamento en boca y faringe y aumenta el número de partículas que llegan a los bronquios.



Cuidados de enfermería en administración de inhaladores:

- Posición semisentado, para promover correcta respiración.
 - Educar al paciente en el uso, limpieza y mantenimiento de los materiales (agua y jabón, secado y luego aplicación de alcohol al 70% por fricción)
 - Uso de I.C., verificar su estado correcto.
 - Conocer el fármaco administrado y tomar las precauciones correspondientes a la administración de medicamentos.
 - Controlar higiene bucal, realizarla de ser necesario.
- Respetar pausa entre la inhalación de un medicamento y otro.

Cuidados de inhaladores: (cada 15 días por lo menos)

- Correcta limpieza y mantenimiento.
- Limpieza extrayendo el cartucho y lavar contenedor de plástico, secarlo con cuidado.
- Almacenar en lugar limpio, y tapado.
- No exponer a temperatura mayor a 50 grados.
- No perforar.
- Utilizar en posición vertical.

Cuidados de la I.C.:

- Verificar correcto estado de las mismas, si tiene fisuras o alteraciones en la válvula debe ser remplazada.
- Correcta higiene de la misma, debe desarmarse, lavarse con agua y jabón, secado, fricción con alcohol al 70% y armado.
- Mantener protegidas e identificadas para su uso personal. Evitar lugares en que pueda depositarse polvo.

El PAE (Proceso de atención de Enfermería), en la atención de un paciente con patología cardiovascular debe basarse en.

A) VALORACIÓN DEL PACIENTE

B) IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O NECESIDADES A CUBRIR

C) PLAN DE CUIDADOS

D) EVALUACIÓN DEL PLAN Y RETRO ALIMENTACIÓN .DEL MISMO

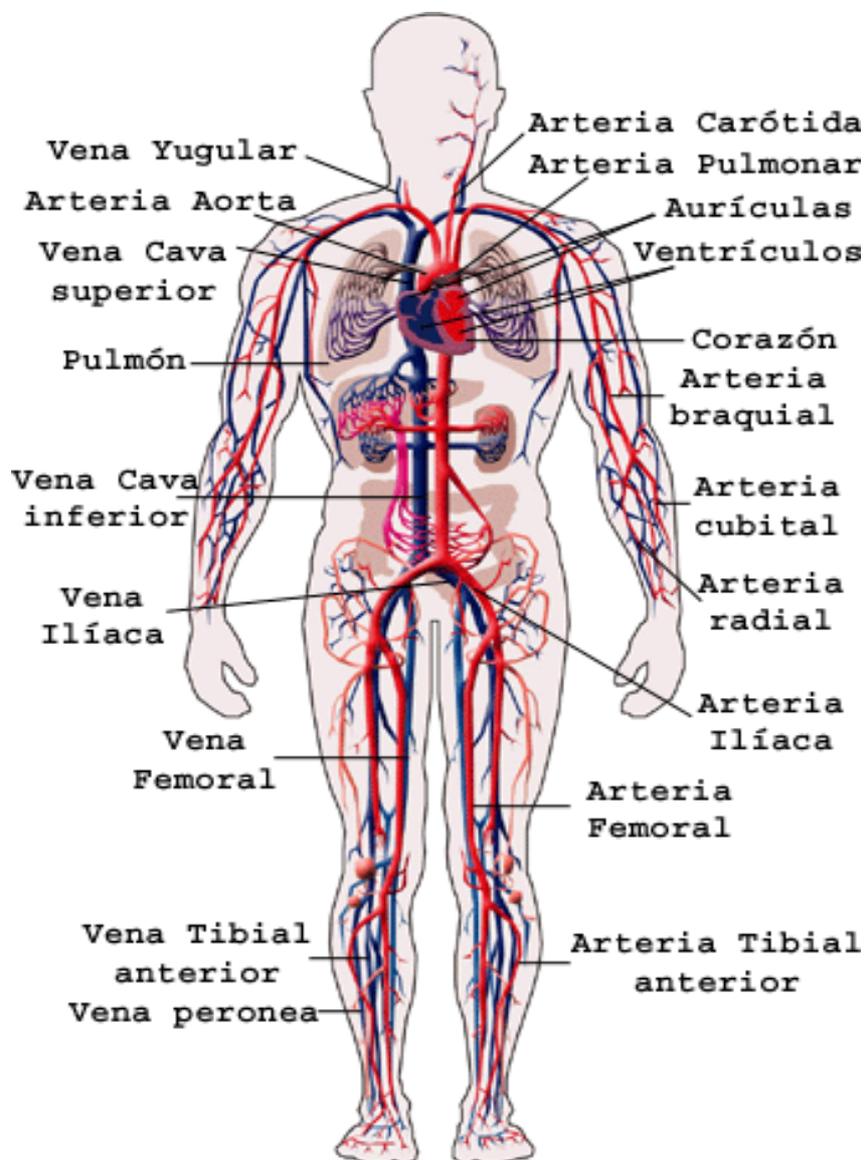
VALORACIÓN DEL PACIENTE

- Identificación del paciente: nombre, edad.
- Identificar motivo de consulta, si es urgente o no de acuerdo al examen físico y los hallazgos en la valoración primaria
- Observar el estado general: si está consciente o no, si responde a las preguntas adecuadamente, si está confundido, etc.
- Se debe aprovechar el momento de la entrevista para ir valorando al paciente: utilizando la auscultación (presión arterial) palpación, pulso (frecuencia y características del ritmo cardiaco), temperatura rectal, respiraciones, saturación de oxígeno.
- Valorar el dolor: tipo y características localización, intensidad y características del mismo, preguntando al paciente en una escala numérica (puede señalar en un rango del 1 al10 en que número estaría su dolor en intensidad)
- Si se administra por indicación médica calmante para el dolor, evaluar el efecto del mismo.
- Valorar permanente, mantener monitoreo de las constantes antes nombradas a medida que continuamos obteniendo información tanto de la entrevista, como de la H.C. y de los hallazgos en el monitoreo.
- En las urgencias cardiacas (dolor en el pecho, pulso arrítmico, pérdida de conocimiento; presión alta, accidentes cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, no bien se pueda realizar electrocardiograma de 12 derivaciones, tomar muestra para análisis clínicos (con frecuencia: hemograma, ionograma, enzimograma cardiaco, test de troponina).
- Realizar Rx de tórax, si es solicitada por el médico.
- Ver si hay presencia de los siguientes síntomas: sudoración, náuseas o vómitos
- Valorar edemas, presencia en que zonas del cuerpo, si ha orinado o no.
- Buscar en la H C. información que puede ser importante para el problema de salud actual: antecedentes de enfermedades, hábitos, farmacología que toma habitualmente, cual es su médico tratante.

- El paciente debe permanecer en reposo absoluto, semisentado (reposo de actividad física), si es necesario con oxígeno.
- Dar aviso a médico o especialista que sea necesario.
- Cumplir con las indicaciones médicas, administrar la medicación y valorar la tolerancia del paciente, así como su reacción a lo que se le administró.
- Registrar en la HC todas las actividades realizadas por el paciente.

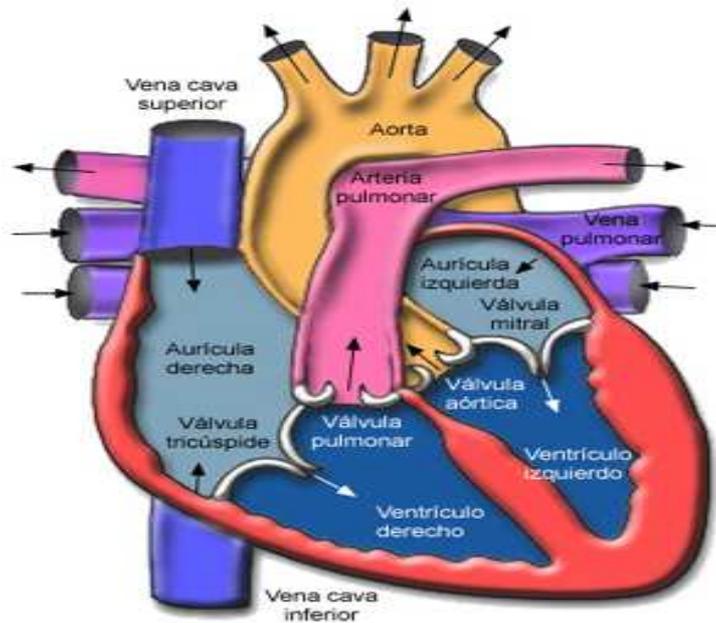
RESEÑA ANATOMO FISIOLÓGICA CARDIOVASCULAR

El corazón es una bomba cuya función es BOMBEAR SANGRE A TODO EL CUERPO



SISTEMA CARDIOVASCULAR - VISTA ANTERIOR

ESTRUCTURA CARDÍACA



ELECTROCARDIOGRAMA

Es un estudio no invasivo que se realiza con fines diagnósticos, en el mismo se obtiene la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón.

La enfermera en este momento de COMERO, realiza los electrocardiogramas, pero la lectura es de orden médico. Lo que si puede colaborar enfermería es obtener un buen registro del electrocardiograma, y conocer algunos conceptos básicos de su interpretación.

¿cómo se realiza?

TENGO TODO DISPUESTO Y LO NECESARIO PARA REALIZAR EL ECG

- Electrocardiógrafo encendido.

- Suficiente papel.
- Electrodo localizados (pinzas, ventosas o adhesivos desechables).
- Alcohol, algodón o gasas, gel conductor
- ambiente que permita la privacidad del paciente.

EXPLICACIÓN AL PACIENTE DE LA PRUEBA

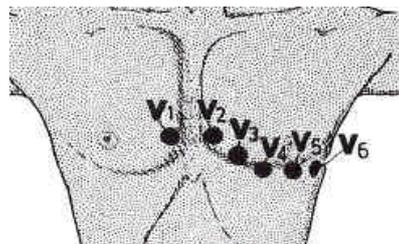
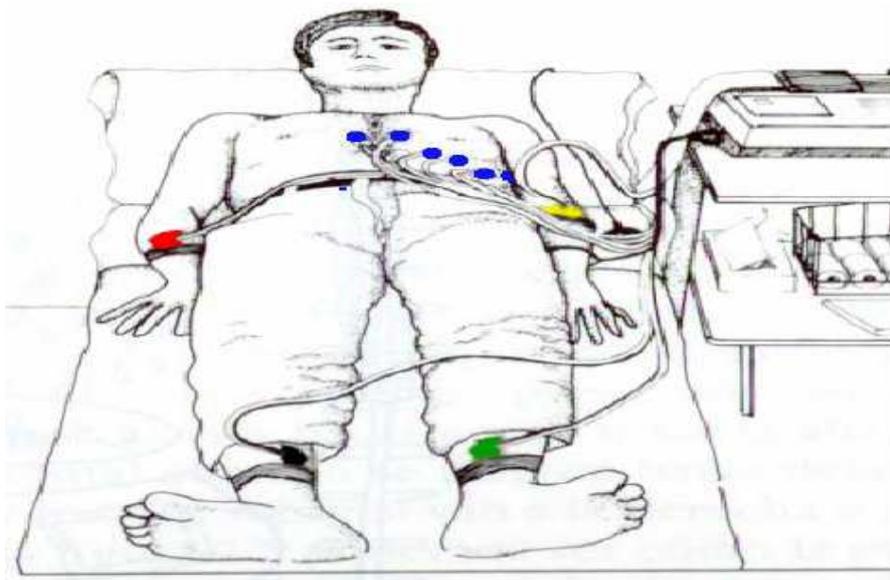
- Que se desprenda de los objetos metálicos.
- Paciente acostado, con el tórax desnudo y los brazos y piernas extendidas, y tobillos y muñecas al descubierto.
- La zona de la piel donde se vayan a colocar los electrodos, se frota con una gasa empapada en alcohol. Si es necesario, se puede aplicar pasta conductora sobre los electrodos y se sujetan a la piel.

COLOCACIÓN DE LOS ELECTRODOS

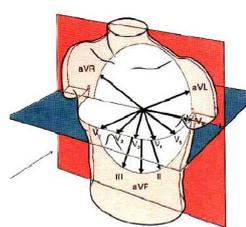
- Derivaciones de los miembros: los electrodos tienen forma de pinza y se colocan en la cara ventral de las muñecas y de las piernas

Cara medial de los tobillos (la parte metálica de la pinza y el cable por dentro).

- Derivaciones precordiales: los electrodos tienen forma de ventosa manual o adhesiva (si son desechables) y se colocan como muestran las imágenes



Las derivaciones son las que se muestran en la siguiente lámina:



El trazado electrocardiográfico se hace con 12 derivaciones. La colocación correcta de los electrodos asegura una buena conducción y una imagen clara del ritmo cardiaco.

Antes de colocar los electrodos limpiar la zona a colocarlos con alcohol al 70 %, la piel debe estar sana., controlar la correcta aplicación del electrodo.

Realizar el electrocardiograma.

Se obtiene el siguiente trazado:

- *Nodo sinusal : marcapasos fisiológico - ONDA P*
- *Nodo auriculo ventricular (NAV) - INTERVALO P – R*
- *Haz de his, conducción intraventricular, raams derecha e izquierda –
COMPLEJO QRS*
- *FIBRAS DE PURKINGE*

EL ELECTRO INFORMA SOBRE:

- **FRECUENCIA CARDIACA**
- **RITMO CARDIACO**
- **EJE ELÉCTRICO**
- **AGRANDAMIENTO DE CAVIDADES**
- **ALTERACIONES ISQUÉMICAS**
- **ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS.**

MONITOREO CARDIACO

Detección inmediata de alteraciones del ritmo cardiaco (arritmias) de modo que puedan identificarse e implementar tratamiento oportuno ante que se presenten situaciones críticas

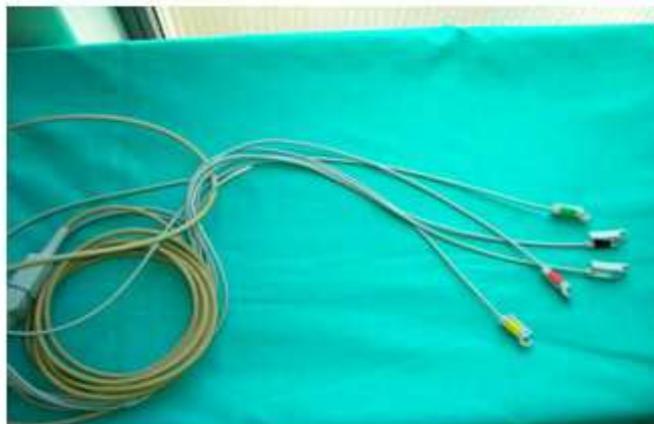
El equipo para el monitoreo está compuesto por:

- o voltímetro sensible ; detecta impulso eléctrico producido por la actividad ventricular y la transforma en un destello visible y un zumbido audible en el monitor*
- o pantalla de oxiloscopia: es donde se proyecta, es donde se ve el trazado.*
- o Medidor de frecuencia y oximetría.*

Lo que vemos producido en la pantalla se trasmite desde los electrodos (F1), colocados en el tórax o extremidades que se amplifican y transmiten en forma similar al electrocardiograma de 1 derivación. Se utiliza con frecuencia DII y una modificación de VI.

La colocación del electrodo es quien asegura la lectura correcta y se colocan de la siguiente manera:





Los electrodos se van a colocar:

Para tres derivaciones, según la IEC (Comisión electrónica internacional)

Rojo debajo del hombro derecho (línea media clavicular)

Amarillo o blanco debajo del hombro izquierdo (línea media clavicular)

Verde o negro debajo apófisis xifoides

Para cinco derivaciones se van a colocar:

Rojo *debajo del hombro derecho (línea media clavicular)*

Amarillo *debajo del hombro izquierdo (línea media clavicular)*

Negro *abdomen superior derecho*

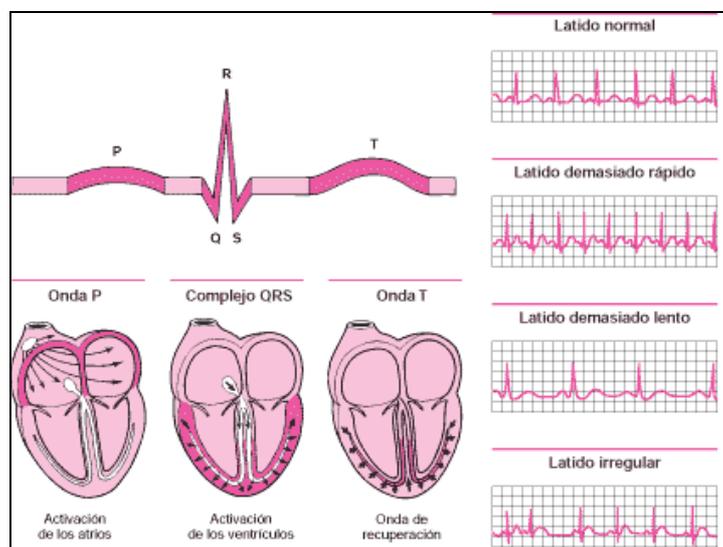
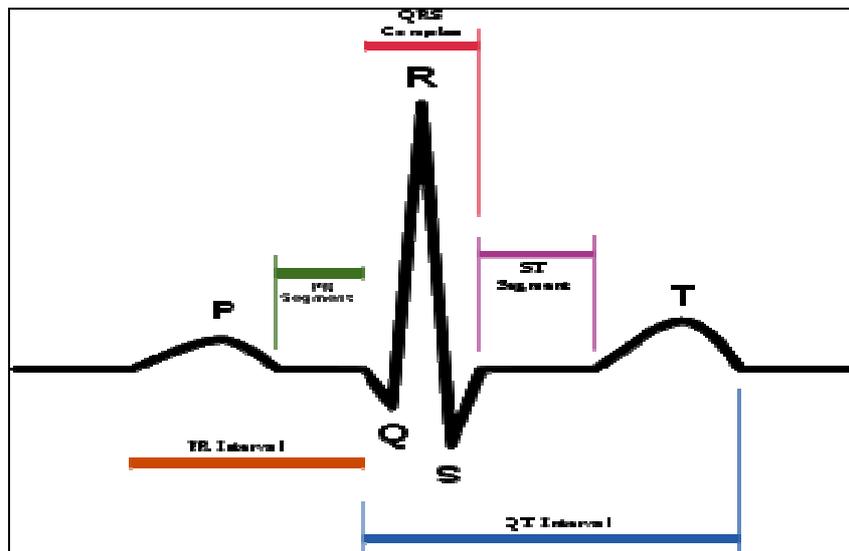
Verde *abdomen superior izquierdo*

Blanco *En el pecho, según la derivación que se quiera optar*

Técnica de colocación

- Limpieza de la zona de contacto con gasa o torunda embebida con alcohol al 70 % (donde se colocarán los electrodos)
- Si hay exceso de vellos recortar
- Aplicar el electrodo sobre piel seca y sana
- Corroborar las conexiones con el monitor
- Colocar en el monitor los limites de la frecuencia que se quiera vigilar en más o en menos de acuerdo al paciente.

QUE ES LO QUE SE VE EN EL TRAZADO.



Colocación y Manejo de Paciente con Vía Aérea Artificial

La colocación de la vía aérea artificial es una maniobra médica en la que enfermería colabora de la siguiente manera:

- preparación del paciente
- preparación del equipo necesario: sistema de aspiración y oxigenación
- Carro de reanimación
- Bandeja de intubación:
 - laringoscopio, comprobar funcionamiento (luz, y palas)
 - contar con tubos endotraqueales de distintos calibre según el paciente
 - guantes estériles
 - Pinza Maquill desinfectada
 - Cinta hilera (80 cm. para fijación)
 - Jeringa de 10 cc. para insuflación de manguito del tubo.
 - Estetoscopio
 - Cánula de mayo
 - Conductor estéril

Acciones de enfermería durante el procedimiento:

- Lavado de manos
- Acercar todo el equipo junto al paciente
- Posicionar al paciente en decúbito dorsal

- Realizar aspiración de secreciones según normas, cada vez que sea necesario, utilizando guantes estériles.
- Vigilar osciloscopio (monitor) para ver ritmo y frecuencia cardíaca.
- Oxigenar bajo máscara cada vez que sea necesario
- Colaborar con el médico: posición, mantenerse atento para alcanzar y hacer lo necesario con el paciente, administrar medicación indicada por el médico.
- Fijar el tubo a través de la insuflación del manguito y luego colocado con cinta hilera
- Colocar el sistema de oxígeno, ARM y humidificación según indicación
- Acondicionar al paciente, dejándolo cómodo
- Vigilar osciloscopio
- Acondicionar el material utilizado

Cuidados del paciente con tubo endotraqueal o traqueostomía

Cuatro puntos principales a tener en cuenta

- Ubicación
- Fijación
- Hermeticidad
- Permeabilidad
- **Ubicación** debe estar a 21 o 22 cm desde su extremo proximal sobre la arcada dentaria y en la zona media de la cavidad bucal. Cuando se corre hacia adentro casi siempre va hacia el bronquio derecho, debido a su anatomía.
- **Fijación**: se utiliza para tal fin cinta hilera (1 m) realizando 3 nudos firmes, evitando colapsar el tubo con la misma. Para prevenir su desplazamiento se fijará por detrás de la salida del canal insuflador. Debe permitir una buena higiene de la cavidad bucal y no provocar lesiones en narinas y por detrás del pabellón auricular. La cinta sucia es un reservorio de gérmenes, ésta está limpia se cambia cada 24 hs. o cada vez que sea necesario.
- **Hermeticidad**: esta se logra por la insuflación del manguito de la sonda traqueal, que al ponerse en contacto con la mucosa de la tráquea obstruye el pasaje de contenido gástrico a la vía aérea. El riesgo al insuflar el manguito es la lesión de la mucosa de los cartílagos. Para evitar las lesiones traqueales: revisar tensión del manguito cada 12 hs. no colocando al insuflar más de 25 cc.
- **Permeabilidad**: esta se logra manteniendo la vía aérea humidificada, realizando aspiración de secreciones, evitando que el paciente muerda el

mismo a través de la utilización de dispositivos (cánula de mayo), y observando que no se produzcan quiebre del mismo.

La aspiración de secreciones es una de las maniobras frecuentes en el cuidado de la permeabilidad de la vía aérea al igual que la humectación de las secreciones para la eficaz extracción de las mismas.

Enfermería debe tener el equipo preparado previamente para aspirar:

- Equipo de succión por aspiración negativa que puede ser eléctrico o central, oxígeno o aire medicinal.
- Sondas de aspiración N° 4 estériles
- Guantes estériles para el operador
- Guantes limpios para el ayudante
- Pinza americana estéril
- Frasco de vidrio con suero para lavado estériles, suero fisiológico
- Gasas estériles.

La técnica se realizará entre dos operadores a fin de asegurar la asepsia durante el desarrollo de la misma.

Operador 1 – realiza aspiración

Operador 2 – instrumenta durante el procedimiento.

Desarrollo de Procedimiento:

- Lavado de manos de ambos operadores
- Colocación de guantes: estériles operador 1 y comunes operador 2
- Operador 2 preparará el sistema de aspiración conectando tubuladura y pico conector de la sonda (distal al extremo para aspiración), evitando contacto con resto de la sonda y abrirá la llave del aspirador (prende), abre paquetes de gasas estériles, dejándolas sobre superficie estéril al alcance del operador 1. Desconecta el sistema de oxigenación para que el operador 1 realice la aspiración.
- Operador 1 realiza técnica manteniendo asepsia, evitando contacto con áreas sucias o contaminadas. Introducirá la sonda a través del

tubo con habilidad y movimientos suaves sin aspirar realizando clampeo de la misma, hasta que se provoque el reflejo de la tos. Retirá la sonda hacia atrás con movimientos rotativos y aspirando. Se limpiará la sonda con gasas y luego se introduce en el frasco con agua o suero estéril. El operador 2 reanuda el sistema de oxigenación durante este momento.

La técnica se repite las veces que sea necesaria respetando oxigenación y asepsia.

Durante la aspiración debemos:

- Mantener una adecuada oxigenación y para ello debemos conocer la dependencia de oxígeno del paciente.
- Pre oxigenación en caso de los pacientes ventilados a través de un aumento de la concentración de O₂
- Las aspiraciones serán breves, nunca mayores de 15``e introduciendo la sonda clampeada hasta lograr el reflejo tusígeno
- Se deberá observar las características de las secreciones extraídas y realizar registro de ello.
- Observar al paciente valorando piel y mucosas en busca de cianosis integrando la oxiloscopía (monitor) por la saturación de O₂.
- Suspender el procedimiento ante la aparición de arritmias.

Traqueostomía: es una abertura quirúrgica, que se realiza en la traquea a nivel cuello, en la cual se coloca un tubo para suministrar una vía aérea permeable, permitiendo la entrada de aire, siendo transitoria o definitiva.

Se utilizan dos tipos de dispositivos, cánulas con manguito o sin manguito.

Indicaciones:

- intubación prolongada durante el transcurso de enfermedades críticas, con el fin de evitar las lesiones de cuerdas vocales, laringe o traquea.
- Estenosis subglóticas, causadas por traumas anteriores.
- Lesiones graves de boca, entre otras
- Fístulas traqueoesofágicas.
- Necrosis cartilagosas traqueales.

Beneficios de la traqueostomía

- Menor traumatismo laríngeo.
- Mayor seguridad de la vía aérea durante la movilización del enfermo.
- Menor espacio muerto anatómico.
- Facilidad para aspiración de secreciones.
- Facilidad para la alimentación (permite nutrición oral)
- Mejora de la comunicación (cánulas fenestradas).
- Reduce el tiempo de estancia en UCI si no precisa ventilación mecánica

Acciones de enfermería en el post operatorio inmediato de paciente traqueostomizado.

- Recepción del paciente en la unidad y acondicionamiento del mismo teniendo en cuenta las precauciones universales de toda cirugía.
- Posición de cama a 45 °
- Administrar oxigenoterapia
- Valoración de la función respiratoria: Fr, utilización de músculos accesorios, perfusión, coloración de piel y mucosas, permeabilidad de la vía.
- Valoración hemodinámica: Control de PA., FC,
- Valoración de herida quirúrgica: destacando sangrados, y presencia de drenajes asociados.

Valoración de enfermería en el post operatorio alejado

Mantener la vía aérea permeable

- Estímulo de la tos (moviliza secreciones)
- Aporte adecuado de líquidos (fluidifica las secreciones)
- Nebulización periódica con SF para posteriormente realizar un adecuado aspirado de secreciones.

Manejo de secreciones al alta del paciente traqueostomizado en ARM

Una vez que se decide iniciar la maniobra de destete de la asistencia ventilatoria el paciente debe reunir condiciones que le permitan realizar por si solo el proceso de respiración y ventilación.

Para ello enfermería será un pilar fundamental en lo que respecta a contención y cuidado ya que estamos frente a un paciente lucido, con gran carga de estrés.

El paciente necesita en esta primera instancia de un soporte de O2 y humidificación permanente a través tubo en T, para permitir la fluidez de las secreciones para facilitar su extracción evitando así la oclusión de la única vía de entrada de aire.

Para ello se requiere de la realización de una correcta técnica de aspiración solo cuando sea necesario que permita la extracción óptima de las secreciones, evitándose así la aparición de efectos secundarios y molestias innecesarias para el paciente.

Se prepara igual que la técnica de aspiración para cualquier vía artificial manteniendo principio de asepsia

Es conveniente explicar este procedimiento antes de su realización, ya que la aspiración puede tener un efecto aterrador para el traqueostomizado, a causa de las molestias que implica. Una explicación clara, le dará confianza y disminuirá los temores al comprender su utilidad.

La técnica se realizará entre dos operadores a fin de aseguran la asepsia durante el desarrollo de la misma.

Operador 1 – realiza aspiración

Operador 2 – instrumenta durante el procedimiento.

Desarrollo de Procedimiento:

- Lavado de manos de ambos operadores
- Colocación de guantes: estériles operador 1 y comunes operador 2
- Operador 2 preparará el sistema de aspiración conectando tubuladura y pico conector de la sonda (distal al extremo para aspiración), evitando contacto con resto de la sonda y abrirá la llave del aspirador (prende), abre paquetes de gasas estériles, dejándolas sobre superficie estéril al alcance del operador 1. Desconecta el sistema de oxigenación para que el operador 1 realice la aspiración.

Operador 1 realiza técnica manteniendo asepsia, evitando contacto con áreas sucias o contaminadas. Introducirá la sonda a través del tubo con habilidad y movimientos suaves sin aspirar realizando clampeo de la misma, hasta que se provoque el reflejo de la tos. Retirá la sonda hacia atrás con movimientos rotativos y aspirando. Se limpiará la sonda con gasas y luego se introduce en el frasco con agua o suero estéril (si es necesario cuando las secreciones son adherentes). El operador 2 reanuda el sistema de oxigenación durante este momento.

Consideraciones en el manejo de pacientes con vía aérea artificial:

- Humidificación de vía aérea, teniendo en cuenta esta función está ausente por lo cual se debe utilizar los dispositivos existentes para suplir dicha función.
- Mantener la permeabilidad de la vía aérea a través de la aspiración de las secreciones
- Garantizar una hidratación y aporte nutricional acorde al estado del paciente.

- Mantener higiene y confort del paciente, incluyendo la higiene bucal y curación de traqueostoma.
- Favorecer la horas de descanso nocturno,
- Educación continua y preparación para el alta tanto del paciente como de la familia.
- Apoyo psicoemocional para la aceptación de su cambio en la imagen corporal.

CAMBIO DE CÁNULA

Las cánulas con manguito las cambia el médico.

Las cánulas sin manguito con cánula interna las manipula enfermería.

Cuando se hace cambio de cánula interna se debe nebulizar y realizar aspirado de secreciones previamente.

El cambio de cánula total se hace una vez al día. En este momento realizar curación del estoma, lavando con suero fisiológico y colocando Clorhexidina al 2% en los bordes.

Valorar la herida quirúrgica.

Colocar entre la cánula y la piel gasa estéril (cortada, sin hilos sueltos) para evitar lesiones.

Esta curación se cambiará a demanda para mantener la zona seca y limpia, previniendo de este modo infecciones.

COMPLICACIONES

Infecciones

Se evitan teniendo en cuenta las medidas de asepsia en el manejo de la traqueostomía.

Técnica estéril para aspiración de secreciones y cambio de cánula.

Vigilancia de signos y síntomas de infección

Fístula traqueo-esofágica

Se evita controlando periódicamente el inflado del balón que no debe superar los 15cm de H₂O (utilización de medidores de manguito).

Traqueítis

Es la irritación de la tráquea producida por aspiración de secreciones reiteradas y con presiones elevadas.

Tener cuidado en la aspiración.

Nebulizar antes de aspirar para humedecer la zona y fluidificar secreciones

Bronco aspiración

Antes de administrar alimentación colocar al paciente semisentado (45°)

Corroborar la correcta posición de la SNG, en caso de corresponder.

Introducción de una sonda de aspiración en la cánula de traqueostomía del paciente con el fin de mantener su permeabilidad, facilitar la eliminación de las secreciones y estimular la tos. Debe ser un procedimiento estéril y atraumático.

Acciones de Enfermería: realizar entre dos operadores

- Reunir material necesario para realizar el procedimiento.
 - Sonda de aspiración estéril.
 - Guantes estériles (1º operador)
 - Guantes de higiene (2ª operador)
 - Sistema de aspiración: fuente de aspiración, frasco Takaoka con tapón, tubuladura.
 - Gasas estériles.
 - Gafas
 - Frasco con suero fisiológico de lavado estéril.
- Si el estado del paciente lo permite explique procedimiento y como colaborar durante el mismo.
- Coloque al paciente en posición fowler (cama 30° ó 45°)
- Lavado de manos y colóquese las gafas si es necesario.
- Conectar sistema de aspiración.
- Abrir paquete de sonda de aspiración y conéctelo al extremo de la tubuladura del sistema de aspiración evitando que se pierda la esterilidad.
- Abra la fuente de aspiración y coloque la presión necesaria.
- Los operadores se ubicarán uno a cada costado del paciente, evitando ponerse de frente al paciente.
- Operador 1 colócase guantes estériles
- Operador 2 colócase guantes de higiene.
- Op1 tomar sonda sin perder esterilidad y la mantiene clampeada.

- Op2 desconecta fuente de oxígeno o extremo del respirador procediendo a tapar en este caso, salida del mismo con gasa estéril.
- Op1 introduce sonda por tubo de forma rápida y suave, sin aspirar, hasta que se sienta resistencia o el paciente comience con tos.
- Comenzar a retirar la sonda aspirando en forma suave y continua con movimiento de rotación.
- Op2 conectar nuevamente fuente de respirador u oxígeno
- Limpiar la sonda con gasa estéril y enjuagarla aspirando solución fisiológica estéril.
- Repetir procedimiento las veces que sea necesario.
- Observar características de las secreciones.
- Realizar aspiración de cavidad bucal. (si es necesario)
- Descartar la sonda. Nunca volver a introducirla en traquea.
- Controlar monitorización del paciente, sobre todo oximetría.
- Cierre aspiración.
- Acondiciones al paciente.
- Descarte material utilizado.
- Lavado de manos de ambos operadores

NOTA: si el paciente está en respirador, se debe realizar pre-oxigenación al 100% por un minuto aproximadamente.

Objetivo: Reconocer situación de Paro cardiorespiratorio (PCR) y realizar maniobras de reanimación básica y avanzada.

PARA RECONOCER PCR:

- * Víctima inconsciente
- * No responde al llamado
- * No evidencia una respiración normal
- * No tiene pulso



COMPROBAR: VER, OIR, SENTIR: SI NO RESPIRA, NO RESPONDE, NO TIENE PULSO: **PCR = PEDIR AYUDA E INICIAR REANIMACIÓN BÁSICA.**

Reanimación Básica

Acciones de Enfermería:

1 – Paciente en decúbito dorsal sobre superficie firme.

Comprobar respiración (ver, oír, sentir)

2 – Si hay otra unidad solicitar ayuda y dar aviso al médico.

3 - Iniciar maniobras de reanimación a través de masaje cardíaco

30 compresiones torácicas (100/ min) intercalando 2 ventilaciones.

Ubicar talón de la mano en el centro del tórax.



4 – Realizar ventilación boca a boca o con colocación de balón resucitador (ambú con mascarilla.) utilizando maniobra frente mentón

Seguridad de reanimador y víctima



Reanimación Avanzada: RECURSOS MATERIALES Y RECURSOS HUMANOS

RECURSOS MATERIALES:

CARDIODESFIBRILADOR Y CARRO O VALIJA DE URGENCIAS.

RECURSOS HUMANOS:

4 PERSONAS: 1 MEDICO – 1 LICENCIADA DE ENFERMERIA Y 2 AUXILIARES DE ENFERMERIA.

5 - Colocar monitor cardio desfibrilador al paciente para monitoreo del ritmo.

6 - Minimizar las interrupciones de compresiones alternando con otro operador manteniendo relación de secuencia 30: 2 hasta lograr intubación.

7 - Ventilar con O2 al 100%

8 – Canalizar vía venosa periférica de preferencia.

9- Preparar fármacos a utilizar: Administrar 1 mg de adrenalina cada 3 – 5 min.

* En ritmos no desfibrilables administrar lo antes posible.

* En los desfibrilables, la 1º dosis previa al tercer choque.

10 – Desfibrilación:

Monofásica 360 J

Bifásica 150 - 200 J

Nota: se aconseja el uso de soluciones salinas para las infusiones indicadas.

Objetivo: Cumplir con todos los pasos en la asistencia inicial del politraumatizado para prevenir y no sumar más daño del que se produjo en el siniestro.

Claves en la asistencia inicial al politraumatizado

- A) Coordinación: entre policías, bomberos, emergencias móviles, servicios de emergencias públicos y privados, CTI.

- B) Atención precoz- Entre el 25 y 30% de todas las muertes por traumatismo, podrían haber sido evitadas con un tratamiento inicial más eficaz.

- C) Distribución trimodal de la mortalidad:
 - 1) Mortalidad inmediata, in situ, primeros 30'- obstrucción de la vía aérea
 - 2) Mortalidad en la primera hora, "hora de oro" (traumatismo craneo, hemotórax, neumotórax, lesiones abdominales, fracturas pélvicas)
 - 3) Mortalidad tardía, día, semanas después- 20%, sepsis, shock séptico.

RECONOCIMIENTO PRIMARIO

A) Mantenimiento vía aérea con control cervical:

Con frecuencia está obstruída y es una de las causas más frecuentes de muerte evitable en los primeros minutos en politraumatizados graves.

Causas de obstrucción: Caída de lengua e hipotonía de paladar blando
Cuerpos extraños en orofaringe: dentadura, sangre, vómito, etc

Lesiones de vía aérea por el traumatismo (edema, hematoma, fractura mandibular, etc)

Maniobra aconsejada para permeabilizar la vía aérea- (maniobra mandibular), con fijación manual de la cabeza en posición neutra.

. Se debe mantener una posición neutra usando la minerva y la fijación manual, evitando movimientos de flexión, extensión, rotación y lateralización.

. En caso de vómito, se debe girar al paciente mediante rotación lateral en bloque.

Signos de vía aérea permeable

. Solo hay seguridad absoluta de que la vía aérea es permeable, si el paciente está consciente y puede hablar.

. Debe sospecharse obstrucción de vía aérea en:

. Paciente inconsciente.

. Estridor.

. Movimientos respiratorios mínimos o ausentes.

. Signos de gran trabajo respiratorio.

. Debe sospecharse lesión de columna cervical en:

. Paciente inconsciente.

. Traumatismos cráneo encefálicos, faciales o supraclaviculares.

. Accidentes a gran velocidad.

. Accidentes de moto o bicicleta.

. Precipitados o ahogados.

B)- Ventilación- Una vía aérea permeable no equivale a una respiración adecuada.

. Comprobar frecuencia y calidad de la respiración.

. Asegurar correcta ventilación/oxigenación.

¿Cómo evaluar la ventilación?

1- Exponer completamente el tórax.

2- Observar simetría de caja torácica.

3- Amplitud de movimientos torácicos.

4- Palpar tórax para identificar fracturas, enfisema subcutáneo

5- Observar cuello buscando distensión de venas yugulares, posición de la tráquea

6- Se deben excluir tres lesiones de grave entidad como son: .NEUMOTORAX A TENSIÓN, NEUMOTORAX ABIERTO, TÓRAX INESTABLE CON CONTUSIÓN PULMONAR.

C) Control de la hemorragia y circulación.

.Es la tercera prioridad del reconocimiento primario.

.La hemorragia es la causa del 30% de las muertes traumáticas, y es la etiología del shock, en más del 90% de los casos.

Cómo evaluar la circulación.

Se debe valorar: Frecuencia cardíaca.

Pulso.

Relleno capilar.

Coloración de la piel.

Estado de conciencia.

TAQUICARDIA + HIPOTENSIÓN→HEMORRAGIA.

Control de la hemorragia

Se reconocen 5 orígenes:

- . Hemorragia externa.
- . Tórax.
- . Abdomen.
- . Pelvis.
- . Fractura de huesos largos

CONTRAINDICADO EL USO DE TORNIQUETES (salvo en amputaciones de miembros).

D) Valoración del estado neurológico.

- . El objetivo es evaluar el estado de conciencia, la morfología y reacción pupilar.
- . Debe comprobarse si el paciente está alerta, si hay respuesta a estímulos verbales o a estímulos dolorosos, o si está inconsciente.
- . Valoración por Escala de Glasgow: Puntaje máximo (15).
 - Respuesta ocular (4).
 - Respuesta verbal (5).
 - Respuesta motora (6).

E) Exposición de las víctimas y protección frente al medio ambiente.

- . El paciente debe desvestirse completamente para evaluar al máximo las potenciales lesiones.
- . Se debe proteger de la hipotermia mediante elementos aislantes, y administración de suero tibio (39°).
- . Valorar colocación de sonda nasogástrica, sonda vesical.

IMPORTANTE

.La atención del paciente tiene prioridad sobre la extricación, a menos que su retraso ponga en peligro la vida de la víctima o de los asistentes. Ejemplos: peligro de explosión, asfixia, incendio, desde el primer momento.

RE-EVALUACIÓN

↓
RECONOCIMIENTO SECUNDARIO

RECONOCIMIENTO SECUNDARIO

El objetivo del reconocimiento secundario es efectuar el balance global de las lesiones existentes por aparatos y sistemas orgánicos.

. Comprende cuatro aspectos:

- Reevaluación frecuente del ABC.
- Anamnesis, (mecanismo del trauma, escena del accidente, antecedentes personales).
- Examen físico (de pies a cabezas).
- Estudios diagnósticos.

EXÁMEN FÍSICO:

- 1) Cráneo y columna cervical.
- 2) Tórax.
- 3) Abdomen.
- 4) Pelvis y extremidades.
- 5) Dorso y periné.

Estudios Diagnósticos:

- Rx de columna cervical, tórax, pelvis
- Ecografía abdominal.

➤ **SANGRE**

HEMOGRAMA

Método analítico, usado para diagnóstico, valoración y seguimiento de las patologías hematológicas y otras.

El hemograma es un análisis de sangre en el que se mide en forma global y en porcentajes las denominadas tres series celulares sanguíneas:

- Serie eritrocitaria o serie roja
- Serie leucocitaria o serie blanca
- Serie plaquetaria

Incluye la cuantificación de los elementos formes de la sangre por unidad de volumen:

- Eritrocitos o glóbulos rojos, son las células sanguíneas que contienen en su interior la hemoglobina. Son los principales portadores de oxígeno a las células y tejidos del cuerpo. Su membrana es flexible lo que permite a los glóbulos rojos atravesar los más estrechos capilares.
- Hemoglobina, se encuentra en el interior del eritrocito y su función es transportar oxígeno
- Hematocrito, mide el porcentaje de células sanguíneas en el volumen total de sangre
- Leucocitos o glóbulos blancos, son células que están principalmente en la sangre y circulan por ella con la función de combatir las infecciones o cuerpos extraños; pero en ocasiones pueden atacar los tejidos normales del propio cuerpo. Es una parte de las defensas inmunitarias del cuerpo humano.
- Neutrófilos, células con función de defensa frente a los gérmenes patógenos
- Eosinófilos, actúan en ciertas fases de las reacciones de hipersensibilidad, útiles en la defensa parasitaria
- Basófilos, equivalente sanguíneo del mastocito del tejido, desempeña funciones en alergias
- Monocitos, están en la sangre, se generan en la médula ósea y después viajan por la sangre, para luego emigrar a diferentes tejidos. Su principal función es la de fagocitar, es decir, comerse a diferentes microorganismos o restos celulares.

- Plaquetas, esencial para la coagulación sanguínea, pueden adherirse entre sí.

TUBO: LILA

TIEMPO DE SANGRÍA

Es un examen de sangre que analiza qué tan rápido se cierran los vasos sanguíneos pequeños para detener el sangrado.

No debe hacerse con caravanas.

No debe hacerse si el paciente es hemofílico.

1-Desinfectar con alcohol al 70% y dejar actuar 2 min.

2- Se realiza punción en el lóbulo de la oreja con una lanceta, recogiendo con un papel de filtro, cada 30 segundos, las gotas de sangre que fluyen (sin frotar) hasta que se detiene la hemorragia.

El tiempo normal es inferior a 5 min.

Si da mayor a 5 minutos, hacerlo en la otra oreja.

TIEMPO DE COAGULACIÓN

Es el tiempo que tarda en coagularse una muestra de sangre colocada en un tubo de vidrio perfectamente limpio.

Conviene hacerlo en dos tubos, colocando $\frac{1}{2}$ a 1 cc de sangre.

Hay que mantener la muestra durante toda la prueba a 37°, en la mano o contra el cuerpo

El valor normal es de 5 a 10 min.

CRISIS SANGUÍNEA

Es un estudio útil para estudios pre-operatorios, trastornos hemorrágicos, control del tratamiento anticoagulante, entre otros.

Tiempo de protrombina: Es un examen de sangre que mide el tiempo que tarda la porción líquida de la sangre (plasma) en coagularse.

KPTT: Es una prueba sensible a la deficiencia de agentes pro coagulantes del plasma, así como la presencia de ciertos inhibidores de la coagulación. Detecta deficiencias severas de los factores II, V, X y fibrinógeno.

La rapidez, sencillez y reproducibilidad de la prueba la hacen adecuada para el control de la terapia anticoagulante por heparina.

INR: Se utiliza para verificar que los tratamientos anticoagulantes son eficaces para prevenir la formación de coágulos; para detectar y diagnosticar un trastorno de la coagulación.

TUBO: ROSADO

GASOMETRÍA

Es una técnica diagnóstica médica en la cual se determina la presión parcial de O₂ y de CO₂ en sangre arterial, así como la saturación de hemoglobina por el oxígeno (SaO₂) y el pH (equilibrio ácido-base).

1.- Acidosis respiratoria. Se caracteriza por un pH bajo, una PaCO₂ alta y un CO₃H inicialmente normal. Si las condiciones patológicas persisten, la reabsorción y producción de bicarbonato por los riñones aumentará, y la acidosis será parcial o totalmente compensada por el aumento de la concentración de bicarbonato en sangre. La acidosis respiratoria parcialmente compensada se caracterizará, por tanto, por un pH ligeramente bajo, una PaCO₂ alta y un CO₃H alto.

2.- Acidosis metabólica. Se caracteriza por un pH bajo, un CO₃H- bajo y una PaCO₂ inicialmente normal. Si el paciente respira de forma espontánea, trata de compensarla de forma parcial con una hiperventilación que disminuye la PaCO₂.

3.- Alcalosis respiratoria. Se caracteriza por un pH alto y una PaCO₂ baja como consecuencia de una hiperventilación. Este cambio del pH se contrarresta por los amortiguadores, sobre todo intracelulares, que liberan hidrogeniones y disminuyen el bicarbonato del plasma.

4.- Alcalosis metabólica. Se caracteriza por un pH y un CO₃H- altos. Aunque a veces la respiración se deprime para aumentar ligeramente la PaCO₂, esta respuesta es limitada porque acentúa al hipoxemia y, por tanto, la compensación que consigue es muy escasa.

5.- Acidosis mixta. Cuando existe un pH bajo con una PaCO₂ elevada y un CO₃H- bajo.

6.- Alcalosis mixta. Si el pH está elevado con una PaCO₂ baja y un bicarbonato alto. En las siguientes tablas se recogen los valores gasométricos normales así como las causas de alteraciones del equilibrio ácido básico más frecuentes, y sus características.

Valores gasométricos normales

Parámetro	Unidad	Arterial	Venoso	Capilar
pH	-	7,38-7,42	7,36-7,40	7,38-7,42
pO₂	mmHg	90-100	35-45	>80
pCO₂	mmHg	35-45	40-50	40
Saturación O₂	%	95-97	55-70	95-97
Bicarbonato estándar	Mmol/ l	21-29	24-30	21-29
Exceso de base	Mmol/ l	-2 / +2	--2 / +2	-2 / +2g

TUBO: JERINGA DE INSULINA HEPARINIZADA

IONOGRAMA

Indica la concentración de los diferentes iones en un líquido (por ejemplo: plasma). Se expresa generalmente en mEq/l.

Valores normales del Ionograma

- Sodio: es el principal catión en el espacio extracelular. El contenido de sodio en la sangre es el resultado de un equilibrio entre la ingesta dietética y la excreción renal. Na⁺ 135-145 meq/L
- Potasio: el Potasio es el ión positivo que se encuentra principalmente dentro de las células del cuerpo humano. La concentración en las células es 30 veces superior al espacio extracelular y sirve para mantener la carga eléctrica de la membrana celular. Esto es necesario para la transmisión de estímulos nerviosos y musculares, para el transporte de nutrientes al interior de las células y la salida de productos de degradación de las mismas. K⁺ 3.5 – 5.1 meq/L
- Cloro: es el principal anion extracelular. Su objetivo principal es mantener la neutralidad eléctrica (en caso de aumento o disminución afecta el equilibrio de agua). Cl⁻ 98 – 108 meq/L
- Calcio: se utiliza para determinar la función paratiroidea de metabolismo del Ca mediante análisis directo de la cantidad total de Ca en sangre.
Ca 9.0 – 10.5 mg/dl

TUBO: SECO (ROJO)

GLICEMIA BASAL

Es la cantidad de glucosa que está presente en la sangre por la mañana, en ayunas, después del descanso nocturno.

Valores de glucemia basal (en ayunas) considerados normales		
Hiperglucemia	Normoglucemia o Glucemia normal	Hipoglucemia
Superior a 110 mg/dl.	Entre 65-70 y 110 mg/dl.	Inferior a 65 mg/dl. En general se empiezan a sentir manifestaciones físicas de falta de glucosa cuando la glucemia está por debajo de 65 mg/dl.
Valores de glucemia postprandrial considerados normales		
Dos horas después de las comidas la glucemia debe ser inferior a 140 mg/dl.		
En personas con diabetes, se aceptan unos niveles discretamente superiores: - En ayunas, hasta 140 mg/dl. - Dos horas después de las comidas, hasta 180 mg/dl.		

FUENTE: fundación diabetes

TUBO: SECO

TSH

La tirotrópina (TSH), denominada también hormona estimulante de la tiroides u hormona tirotrópica es una hormona producida por la hipófisis que regula la producción de hormonas tiroideas.

Los valores normales son de 0.4 a 4.0 ml U/L

TUBO: SECO

CREATININA SERICA

La creatinina es un producto de degradación de la creatina, una parte importante del músculo. El examen de creatinina en suero mide la cantidad de creatinina en la sangre.

Este examen se utiliza para evaluar el funcionamiento renal. Cuando la función renal es anormal, los niveles de creatinina se incrementan en la sangre, debido a la

disminución en la excreción de ésta en la orina. Los niveles de creatinina también varían de acuerdo con la talla y la masa muscular de la persona.

TUBO: SECO

UREA (AZOEMIA)

El test de la urea es un análisis que se realiza para medir la cantidad (concentración) de urea o nitrógeno ureico presente en la sangre.

La urea es el resultado final del metabolismo de las proteínas. Se forma en el hígado a partir de la destrucción de las proteínas. Durante la digestión las proteínas son separadas en aminoácidos, estos contienen nitrógeno que se libera como ión amonio, y el resto de la molécula se utiliza para generar energía en las células y tejidos. El amonio se une a pequeñas moléculas para producir urea, la cual aparece en la sangre y es eliminada por la orina. Si el riñón no funciona bien la urea se acumula en la sangre y se eleva su concentración.

En general es un parámetro que indica la función renal, aunque puede estar alterado en enfermedades del hígado o en la deshidratación.

TUBO: SECO

VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN (VES)

Es una prueba inespecífica, o lo que es lo mismo, una prueba no concluyente ni definitiva de ninguna enfermedad o lesión determinada. Se solicita como apoyo al diagnóstico de procesos inflamatorios, neoplásicos, e infecciosos. No obstante, esta prueba puede usarse para averiguar enfermedades no sospechadas, usándose en la valoración rutinaria y en la evolución de la enfermedad, pudiendo controlar el resultado del tratamiento.

TUBO: ROSADO

PROTEÍNA C REACTIVA (PCR)

La proteína C reactiva se produce en el hígado cuando hay una infección o inflamación aguda en el cuerpo. Su importancia es que reacciona con el sistema del complemento que es un sistema de defensa contra agresiones externas del cuerpo humano.

Se utiliza para evaluar la presencia de enfermedades infecciosas bacterianas, enfermedades inflamatorias (fiebre reumática, artritis reumatoide, etc.) pero no se eleva de forma habitual en enfermedades producidas por virus.

La proteína C reactiva aparece elevada en el infarto de miocardio.

En la meningitis bacteriana aparece elevada y no así en la producida por virus, lo que puede servir para indicar el origen y tratamiento de un proceso de meningitis.

TUBO: SECO

BILIRRUBINA

La bilirrubina es un producto derivado del metabolismo de la hemoglobina. Los hematíes al degradarse liberan la hemoglobina que es metabolizada a dos moléculas el grupo heme y el grupo globina, el grupo heme se transforma en biliverdina y ésta en bilirrubina a la cual se le llama "no conjugada" o indirecta. Al pasar por el hígado esta bilirrubina se conjuga con ácido glucurónico transformándose en bilirrubina "conjugada" o directa.

El hígado segrega esta bilirrubina directa a través de las vías biliares hacia el intestino, al metabolizarse por la flora intestinal se convierte en urobilinas que dan el color marrón a las heces. Parte de estas urobilinas se reabsorben y pueden aparecer en la orina en forma de urobilinógeno.

Cuando se eleva la bilirrubina, la piel y los tejidos toman un color amarillo que se llama ictericia.

Según cuál sea el origen de la bilirrubina elevada podemos saber si es un problema de hígado (elevación de la bilirrubina no conjugada) o de las vías biliares (elevación de la bilirrubina conjugada).

Cuando se realiza un análisis de rutina se mide la bilirrubina total (directa más indirecta), el 70 al 85 % corresponde a la bilirrubina no conjugada o indirecta.

Se realiza en el contexto de otras pruebas hepáticas (GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina) y se utiliza para evaluar problemas o alteraciones del hígado y vías biliares.

En los pacientes con ictericia se mide la bilirrubina total la directa y la indirecta. Cuando la fracción conjugada o directa está elevada, más de un 50% de la bilirrubina total, es que hay un problema en la vía biliar por cálculos, inflamación o tumores.

Cuando la bilirrubina directa o conjugada es menor del 20%, la hiperbilirubinemia es del tipo indirecto o no conjugada y puede ser debido a hepatitis ó a un aumento de destrucción de hematíes (hemólisis).

TUBO: SECO

TEST DE TROPONINA

El test de la troponina se está convirtiendo en uno de los métodos más importantes para el diagnóstico precoz de los pequeños infartos del miocardio que no son detectables mediante otras pruebas convencionales. De este modo la causa más

frecuente para el empleo de esta prueba será la sospecha de una posible lesión en el corazón y en especial en el miocardio.

Es una prueba que resulta muy útil debido a que, normalmente, los valores de troponina se encuentran en niveles tan bajos que en la mayoría de analíticas de sangre son indetectables. De este modo se trata de un marcador bioquímico muy sensible y específico. Se han establecido unos puntos de corte para la consideración de los valores normales de los niveles de troponina que están descritos a continuación:

- Troponina I: $<0,35\text{ng/mL}$

- Troponina T: $<0,2\text{ng/mL}$

Cuando hay detección de niveles superiores de troponina podemos determinar que ha habido daño en el corazón. En el caso que se haya producido un ataque cardíaco, los niveles de troponina aumentaran mucho al cabo de 6 horas y serán detectables en el paciente 12 horas después de haberlo experimentado (con un máximo en los niveles aproximadamente a las 24 horas). Además, los elevados niveles de troponina en estos casos se pueden prolongar hasta dos semanas. También se debe tener en cuenta que cuanto mayor sean los niveles, más riesgo de complicaciones o incluso de muerte tendrá el paciente.

No solamente los ataques cardíacos pueden elevar los niveles de troponina sino que existen otras posibles causas que puedan llevar a niveles anormales en el test. Cabe destacar la presión alta en las arterias pulmonares, la inflamación del miocardio debido a un virus, el ejercicio intenso o incluso un traumatismo.

TUBO: AZUL

- Es necesaria la indicación médica sobre el número de muestras, así como tiempo entre una extracción y otra.
- Orden de laboratorio obteniendo datos filiatorios del paciente: fecha nombre del paciente, número de cédula de identidad, servicio de internación del paciente, médico solicitante, dato clínico, número de muestras.
- Rotular los frascos (obtenidos del laboratorio de microbiología) cada uno con los datos antes nombrados y cada frasco con el rótulo de 1, 2, 3 según el número de muestra.

PREPARAR EL EQUIPO NECESARIO EN BANDEJA ESTERIL:

- Tapabocas (se utiliza ante la posibilidad de que el operador hable durante el procedimiento) y en todos los casos de aislamientos
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Frascos de hemocultivos proporcionados por el laboratorio de microbiología, rotulados.
- Clorhexidina alcohólica al 0,5 % (cloralc)
- Jeringas y agujas de punción intravenosa
- Ligadura de goma
- Campo fenestrado estéril
- Torunda de algodón para dejar en la zona de punción.

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

- El procedimiento de extracción de sangre para la realización de hemocultivos se debe realizar cumpliendo las máximas precauciones de asepsia.

PROCEDIMIENTO CON DOS OPERADORES:

OPERADOR 1 – REALIZA LA EXTRACCIÓN

OPERADOR 2 – AYUDA EN LA EXTRACCIÓN

OPERADOR 1

1 – Lleva el equipo al lado del paciente y le explica el procedimiento al paciente, tratando de obtener su colaboración y deja la bandeja lo más cercano al paciente.

2 – Se realiza lavado de manos.

3 – Selecciona la vena a puncionar.

4 - Coloca ligadura

5 – Soca los guantes estériles con técnica aséptica

6 – Realiza desinfección de la piel con tres gasas con Clorhexidina alcohólica, al 0,5 % una por vez con movimientos concéntricos.

7 – Coloca campo estéril fenestrado.

8 – Punciona la vena y obtiene 10 a 15 ml de sangre. Retira la aguja y con esa misma aguja punciona el tapón de goma, previa desinfección del mismo, inyectando de esa manera la sangre dentro del mismo.

9 – Deja la zona puncionada cubierta con torunda de algodón

10 – Deja cómodo al paciente.

11 – Se retira los guantes y se realiza lavado de manos

12 – Registra tarea realizada y firma en la historia clínica.

OPERADOR 2

Colabora con el operador 1, siendo quien abre los paquetes estériles y alanza el material necesario, manteniendo la esterilidad durante todo el procedimiento.

1 – Se realiza lavado de manos.

2 – Abre guantes estériles

3 – Abre gasas estériles y proporciona antiséptico de forma de no tocar la gasa estéril

4 – Abre y entrega el campo fenestrado estéril, manteniendo técnica aséptica.

5 – Mantiene la asepsia durante todo el procedimiento

6 - Desinfecta el tapón del frasco del hemocultivo y lo deja en posición conveniente para ser puncionado por el operador para inyectar sangre.

7 – Verifica que esté bien rotulado.

8 – Descarta el material, según normas Institucionales y deja todo el material en condiciones.

9 – Se realiza lavado de manos.

ATENCIÓN: CUANDO LAS DOS MUESTRAS SE OBTUVIERON, SE LLAMA AL LABORATORIO Y MENSAJERÍA PARA QUE LAS ENTREGUEN EN LABORATORIO.

PROCEDIMIENTO CON UN SOLO OPERADOR

1. Lavarse las manos.
2. Colocar ligadura.
3. Seleccionar sitio de punción.
4. Realizar antisepsia de la piel con gasa y clorhexidina alcohólica al 0,5 % en una zona de piel de unos 10cm de diámetro alrededor del sitio de punción. Se comenzará por el centro y se irá rotando hacia afuera mediante círculos concéntricos hacia el exterior.
5. Repetir el mismo procedimiento dos veces más (tres en total)
6. Dejar actuar 1-2 minutos, esto es: hasta que se seque el antiséptico sobre la piel.
7. *Desinfectar el tapón de goma del frasco de hemocultivo con alcohol al 70%.*
8. Abrir paquetes estériles de guantes, campo y jeringa, previo lavado de manos
9. Colocarse los guantes estériles.
10. Colocar campo estéril.
11. Puncionar la vena y extraer 10 a 15 ml de sangre, sin tocar piel ni campo.
12. Inyectar directamente la sangre en el frasco. No es necesario cambiar la aguja.
13. Mover el frasco para que la sangre y el medio se mezclen.
14. Retirar campo y ligadura
15. Dejar cómodo al paciente
16. Rotular los frascos con número de muestra, hora y nombre del paciente. En ningún caso se rotulará o pegará ningún tipo de etiqueta adhesiva sobre los códigos de barras de los frascos.
17. Retirar guantes, descartar lo utilizado según normas institucionales.
18. Registrar el procedimiento en la historia clínica

VOLUMEN DE LA MUESTRA

La cantidad de sangre a introducir en cada frasco es de 10.15 ml en el caso de pacientes adultos.

En el caso de neonatos y niños pequeños es suficiente una cantidad de 1-5 ml por frascos. En estos casos se utilizaran frascos de hemocultivos pediátricos.

OBSERVACIONES

- Cuando no haya venas accesibles puede realizarse la extracción de sangre arterial. No son adecuadas las muestras extraídas a través de catéteres.
- En caso de sospecha de determinados microorganismos (micobacterias, hongos) ponerse en contacto con el laboratorio de microbiología.
- En caso de que el paciente esté recibiendo antibióticos realizar la toma previo a la administración de la dosis de antimicrobiano.
- Si se evita conversar durante adula toma de la muestra no es necesario colocarse tapabocas.
- En pacientes inmunodeprimidos si es aconsejable el uso de gorro y tapaboca.

**RUTINAS DE HEMATOLOGÍA ESPECIALIZADA QUE VAN LUNES,
MIÉRCOLES Y VIERNES HORA 7:00 a.m.**

- MTHR 1 tubo de hemograma
- PROTROMBINA 20210 1 tubo de hemograma
- HOMOCISTEINA 1 tubo de hemograma
- PROTEINA C DE LA COAGULACION 1 tubo de crisis
- PROTEINA S DE LA COAGULACION 1 tubo de crisis
- ANTITROMBINA III 1 tubo de crisis
- LIPOPROTEINA A 1 tubo de hemograma y
1 tubo seco
- FACTOR V DE LEIDEN 2 tubos de hemograma
- FACTOR VIII DE LA COAGULACION 1 tubo de crisis

RUTINAS DE HEMATOLOGÍA ESPECIALIZADA QUE SE HACEN ACÁ

- DIMEROS D 1 tubo de crisis
- ANTICOAGULANTE LUPICO 1 tubo de crisis
- AC. ANTICARDIOLIPINAS 1, 2 secos o de crisis
- AC. ANTIFOSFOLIPIDICOS 1, 2 secos o de crisis
- BETA 2 GLICOPROTEINA 1, 2 secos o de crisis

VARIOS

- INMUNOFENOTIPO 1 tubo de hemograma
- CITOGÉNÉTICO EN SANGRE 1 jeringa heparinizada
con tapón de goma
- PAUL BUNEL 1 tubo seco
- LEPTOSPIROSIS 1 tubo seco
- BRUCELOSIS 1 tubo seco
- PEF 1 tubo seco
- ANA 1 tubo seco
- ANCA 1 tubo seco
- BENCE JONES 1 tubo seco
- ACTH 2 tubos de hemograma en
vaso con hielo, el paciente con 4 horas de ayuno y se extrae la muestra
a primera hora de la mañana
- BETA MICROGLOBULINA 1 tubo seco
- BETA GLUCOGLOBULINA 1 tubo de crisis
- FIEBRE Q 1 tubo seco
- VEB (VIRUS EPSTEIN BARR) 1 tubo seco

➤ ORINA

ANÁLISIS DE ORINA

Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina.

- Color: oscila entre amarillo pálido hasta ámbar.
- Aspecto: transparente
- Densidad: medida de la concentración de las partículas, se utiliza para evaluar la capacidad de concentración y excreción de los riñones
- PH: indica el balance ácido – básico del paciente. Valor normal: 4.6 – 8.0

MICROSCÓPICO

- Cilindros: son grupos de materiales o células, se forman en el tubo colector renal. Valor normal: negativo.
- Cristales: sedimentos, indica formación inminente de cálculos renales. Valor normal: negativo.

QUÍMICOS

- Proteínas: sensible indicador de la disfunción renal. Valor normal: ninguna o hasta 8 mg/dl
- Glucosa: puede indicar probabilidad de diabetes mellitus, o controlar tratamiento. Valor normal: negativo o muestra de 24 horas menor a 0.5 g/día
- Cetonas: pasan a la orina cuando aumentan los niveles sanguíneos. Valor normal: negativo.
- Sangre: alteración en la barrera entre la sangre y la orina a nivel glomerular o tubular. Valor normal: eritrocitos hasta 2, leucocitos 0 a 4

NO REQUIERE FRASCO ESTÉRIL

UROCULTIVO Orina obtenida por “chorro medio”

RECURSOS MATERIALES

- Guantes limpios
- Gasas estériles
- Jabón neutro
- Frasco de boca ancha con tapa de rosca hermético y estéril
- Chata

OBTENCIÓN DEL PRODUCTO

La muestra idónea es la primera micción de la mañana, ya que permite la multiplicación de bacterias durante la noche.

PROCEDIMIENTO PARA MUJERES

1. Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón, enjuagar con agua y secarse con toalla descartable.
2. Colocarse los guantes.
3. Colocar la chata
4. Realizar higiene de zona perineal con suero fisiológico y Clorhexidina jabonosa.
5. Enjuagar cuidadosamente con SF para eliminar los restos de jabón.
6. Se separan los labios mayores y menores, y se mantendrán separados en todo momento hasta que se haya recogido la muestra.
7. Se indicará a la paciente que orine desechando el primer chorro (20.25 primeros mililitros) tras lo cual y sin interrumpir la micción, se recogerá el resto de la orina en el recipiente hasta aproximadamente la mitad del frasco, el cual se cerrará inmediatamente.
8. El frasco debe sujetarse para que no tome contacto con pierna, vulva o ropa del paciente. Los dedos no deben tocar el borde del frasco o su superficie interior así como también la tapa.

PROCEDIMIENTO PARA HOMBRES

1. Lavado de manos con agua y jabón.
2. Colocarse los guantes.
3. Colocar la chata.
4. Retraer completamente el prepucio, que se mantendrá así en todo momento hasta que se haya recogido la muestra.
5. Limpiar el glande con suero fisiológico y Clorhexidina jabonosa.
6. Eliminar los restos del jabón enjuagándolo con suero fisiológico.
7. Se pedirá al paciente que orine desechando el primer chorro, los primeros 20-25 mililitros y sin interrumpir la micción, recoger el resto de la orina en el frasco estéril, hasta la mitad del recipiente.

OBTENCIÓN DE ORINA PARA UROCULTIVO EN EL PACIENTE CON SONDA VESICAL

RECURSOS MATERIALES

- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Alcohol al 70% o Clorhexidina jabonosa
- Jeringa y aguja estéril
- Frasco estéril

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

1. Si es posible realizar la toma inmediatamente luego del recambio de la sonda.
2. Pinzar la sonda durante 1 a 2 horas como máximo.
3. Sin despinzar, colocarse los guantes desinfectar la sonda con alcohol al 70% o Clorhexidina jabonosa por encima de la pinza, en la zona de bifurcación de la sonda y donde se insufla el balón.
4. Extraer la orina puncionando la sonda con jeringa y aguja.
5. Colocar la muestra en el frasco estéril.
6. Despinzar la sonda.

VOLUMEN DE LA MUESTRA

Es suficiente un volumen de orina de 5-10 ml.

TRANSPORTE

La muestra debe llegar al laboratorio en el plazo de una hora. Cuando esto no sea posible debe refrigerarse a 4° C durante un tiempo máximo de 12 horas.

- **MATERIAS**

COPROCULTIVO

Los frotis rectales son cultivados por dos razones; para identificar las bacterias patógenas comunes (Escherichia coli, salmonella, shigella) y para determinar la flora predominante en un paciente con inmunidad deprimida (cuya flora endógena puede volverse patógena).

El coprocultivo para bacterias se examina para descartar la presencia en heces de estafilococcus aureus, salmonella, shigella, etc.

SE UTILIZA FRASCO ESTÉRIL

COPROPARASITARIO

El estudio parasitológico de la materia fecal se utiliza para el diagnóstico de enteroparasitosis.

Es un conjunto de técnicas complementarias que permiten demostrar la presencia de las diferentes formas evolutivas de los enteroparásitos: esporas, trofozoitos, quistes, ooquistes, huevos, larvas y adultos.

NO REQUIERE LA UTILIZACIÓN DE FRASCO ESTÉRIL PARA LA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

ESPÁTULA ADHESIVA

Investiga los huevos de parásitos en la piel perineal, se utiliza en casos de sospecha de oxiuros.

El examen solicitado debe realizarse antes de levantarse, sin movilizar el intestino o higienizarse.

- LA ESPATULA debe ser aplicada en las márgenes anales, utilizando el lado engomado de la misma, sosteniéndola con la mano por la tapa, y presionando varias veces sobre la piel alrededor del orificio anal , sin introducirla en el.

- ESTE PROCEDIMIENTO DEBE REITERARSE TRES DIAS SEGUIDOS USANDO LA MISMA ESPATULA, GUARDANDOLA DENTRO DEL TUBO EN EL INTEVALO DE LAS TOMAS.

SE ADJUNTA AL FINAL DEL MANUAL “REQUISITOS PARA LA RECOLECCIÓN DE MUESTRAS”

- **ESTUDIOS POR IMÁGENES**

RADIOGRAFÍAS

Una radiografía es una imagen registrada en una placa o película fotográfica. La imagen se obtiene al exponer dicha placa o película a una fuente de [radiación] de alta energía, comúnmente rayos X o radiación gamma procedente de isótopos radiactivos. Al interponer un objeto entre la fuente de radiación y la placa o película las partes más densas aparecen con un tono más o menos gris en función inversa a la densidad del objeto.

Muestra fracturas, alteraciones degenerativas, zonas de condensación.

ECOGRAFÍA

La ecografía o ultrasonido aprovecha las ondas sonoras de alta frecuencia para observar órganos y estructuras dentro del cuerpo. Los profesionales de la salud los usan para ver el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones, el hígado y otros órganos. Durante el embarazo, los médicos usan las pruebas con ultrasonido para examinar el feto. A diferencia de las radiografías, la ecografía no implica una exposición a radiación.

Durante la exploración, un técnico especial o un médico mueve un dispositivo llamado transductor sobre alguna parte del cuerpo. El transductor envía ondas sonoras que rebotan en los tejidos dentro del cuerpo. El transductor también captura las ondas que rebotan. Las imágenes se crean por medio de estas ondas sonoras.

TOMOGRAFÍA

La tomografía computarizada (TC) es un procedimiento de diagnóstico que utiliza un equipo de rayos X especial para crear imágenes transversales del cuerpo. Las imágenes de la TC se producen usando la tecnología de rayos X y computadoras potentes.

Entre los usos de la TC se incluye la exploración de:

- Huesos fracturados

- Cánceres
- Coágulos de sangre
- Signos de enfermedad cardiaca
- Hemorragia interna

Durante un procedimiento de TC, el paciente permanece inmóvil sobre una mesa. La mesa pasa lentamente a través del centro de una gran máquina de rayos X. El procedimiento no causa dolor. Durante ciertas pruebas, el paciente bebe un tinte de contraste que ayuda a que algunas partes del cuerpo se vean mejor en la imagen.

RESONANCIA MAGNÉTICA

La resonancia magnética es el más reciente avance tecnológico de la medicina para el diagnóstico preciso de múltiples enfermedades, aún en etapas iniciales.

Está constituido por un complejo conjunto de aparatos emisores de electromagnetismo, antenas receptoras de radio frecuencias y computadoras que analizan datos para producir imágenes detalladas, de dos o tres dimensiones con un nivel de precisión nunca antes obtenido que permite detectar, o descartar, alteraciones en los órganos y los tejidos del cuerpo humano, evitando procedimientos molestos y agresivos como melografía (punción lumbar), artrografía (introducción de medios de contraste en articulaciones) y otros que involucran una agresión o molestia para el paciente.

Para producir imágenes sin la intervención de radiaciones ionizantes (rayos gama o X), la resonancia magnética se obtiene al someter al paciente a un campo electromagnético con un imán de 1.5 Tesla, equivalente a 15 mil veces el campo magnético de nuestro planeta.

Este poderoso imán atrae a los protones que están contenidos en los átomos de hidrógeno que conforman los tejidos humanos, los cuales, al ser estimulados por las ondas de radio frecuencia, salen de su alineamiento normal. Cuando el estímulo se suspende, los protones regresan a su posición original, liberando energía que se transforma en señales de radio para ser captadas por una computadora que las transforma en imágenes, que describen la forma y funcionamiento de los órganos.

En una pantalla aparece la imagen, la cual es fotografiada por una cámara digital, para producir placas con calidad láser que son interpretadas por los médicos especialistas.

Sirve para la valoración de múltiples padecimientos y alteraciones corporales, en la evaluación integral de tumores de cualquier tipo, etc.

La Resonancia Magnética no utiliza Rayos X, ni ningún otro tipo de radiaciones, lo que la hace ser un procedimiento inocuo y seguro para todos los pacientes.

No causa dolor ni molestia alguna.

En contadas ocasiones, se inyecta de forma endovenosa al paciente un medio de contraste, el cual es rastreado más fácilmente por el equipo a su paso dentro del cuerpo humano. Estos fármacos no contienen yodo y no poseen alguna contraindicación o peligro para la salud de la persona.

Debemos siempre corroborar si los pacientes poseen metales en el cuerpo.

FIBROSCOPIAS

La fibroscopia es la exploración endoscópica mediante fibra óptica flexible, conectada a una fuente de luz fría y habitualmente también a una cámara, vídeo y monitor.

Permite la exploración fácil y directa de cavidades del organismo que de otro modo serían muy difíciles o imposibles de ver.

ECOCARDIOGRAMA

Un ecocardiograma es una prueba que utiliza ondas de ultrasonido para observar el corazón.

¿Por qué se me pide tener esta prueba?

Esta prueba puede ser usada para determinar:

1. Tamaño del corazón.
2. Fuerza del bombeo de su corazón,
3. Problemas valvulares del corazón,
4. Fluidos alrededor del corazón,
5. Coágulos de sangre o tumores dentro del corazón, o
6. Orificios anormales entre las cámaras.

- **ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS**

ELECTROENCEFALOGRAMA

Es un examen para detectar problemas en la actividad eléctrica del cerebro.

Las células del cerebro se comunican entre sí produciendo pequeños impulsos eléctricos. En un EEG, esta actividad eléctrica tenue se mide colocando electrodos en el cuero cabelludo.

El examen lo practica un técnico especialista en electroencefalografías en un consultorio médico, en un hospital o en un laboratorio independiente. El técnico colocará entre 16 y 25 discos metálicos planos (electrodos) en diferentes sitios del cuero cabelludo. Los discos se sostienen en su lugar con una pasta adhesiva. Los electrodos se conectan por medio de cables a un amplificador y a una máquina de registro. La máquina de registro convierte los impulsos eléctricos en patrones que se pueden observar en la pantalla de una computadora y se pueden igualmente guardar en un disco de computadora. Antes de las computadoras, la actividad se imprimía en un papel. En cualquier caso, la actividad eléctrica luce como series de líneas ondeadas. Es necesario que el paciente permanezca inmóvil y con los ojos cerrados, debido a que cualquier movimiento puede alterar los resultados. Es posible que se le solicite hacer ciertas cosas durante el proceso de registro, como respirar profunda y rápidamente por algunos minutos o mirar hacia una luz muy brillante y centellante.

ELECTROCARDIOGRAMA

Un electrocardiograma (ECG o EKG) es un procedimiento sencillo y rápido que registra la actividad eléctrica del corazón. Se utiliza para medir el ritmo y la regularidad de los latidos, así como el tamaño y posición de las aurículas y ventrículos, cualquier daño al corazón y los efectos que sobre él tienen las drogas.

El ECG es frecuentemente usado en el diagnostico de las enfermedades cardiacas congénitas de los niños. El electrocardiograma normal del neonato presenta algunas diferencias respecto al del adulto.

TOMA DE MUESTRA DE SECRECIONES PARA ESTUDIO BACTERIOLÓGICO

Se realiza a través del lavado alveolar mínimo, el inicio de la técnica es similar a la aspiración de secreciones traqueales, por lo tanto se prepara para la aspiración de secreciones, igual equipo, se agrega campo estéril, frascos estériles para la recolección de la muestra, dos jeringas con suero fisiológico.

PROCEDIMIENTO

Dos operadores, uno instrumenta

La enfermera que aspira realiza técnica de aspiración traqueal de la misma forma que para una aspiración para eliminar secreciones, por lo tanto, se lleva la sonda hasta provocar el reflejo tusígeno, lo más profundo, en ese momento pasar a través de la sonda las dos jeringas con suero, luego aspirar entre 3 a 4 ml para que la muestra sea representativa.

Colocar la muestra en el frasco

Lavado de manos

Rotulas el frasco y registrar la actividad realizada

ANTIBIÓTICOS

- AMPICILINA: 10cc de SF
AMPICYN
LIBRAMPI

- AMPICILINA – SULBACTAM: 10cc de SF
UNASYN
AMPISUL
AMINOXIDIN
SULBAMPICIN

- PENICILINA SÓDICA: 100cc de SF TIEMPO: 15'

- CEFTAZIDIME: Hasta 1g en bolo diluído TIEMPO: 3 A 5'
 Más de 1g en 100cc de SF TIEMPO: 30'
FORTAM
CEFABIOTIC

- CEFOTAXIME: 20cc de SF TIEMPO: 3 a 5'
CLAFORAN
CEFOTALIEN
ULTRACEF

- CEFTRIAXONA: 20cc de SF TIEMPO: 3 a 5'
BIOTERAL
CEFTRAM
ROCEPHIN

- CEFUROXIME: 20cc de SF TIEMPO: 3 a 5'
ZINOCEP
KESINT

- CEFRADINA: 20cc de SF
SEFRIL

ANTIEMETICOS

- DOMPERIDONA: 20cc de SF
DOMPER TIEMPO: 5'
- METOCLOPRAMIDA: 10cc de SF
PRIMPERAN TIEMPO: 3'
- ONDASETRÓN: 20cc de SF
IZOFRAN
SETRON
QUIMIOFRAN TIEMPO: 5'

ANTIESPASMÓDICO

- BUTILHIOSCINA: 100cc de SF
BUSCAPINA TIEMPO: 15'
- SERTAL: 100cc de SF TIEMPO: 15'

GLUCOCORTICOIDES

- DEXAMETASONA: BOLO
CORODEX
- HIDROCORTISONA: 10 - 20cc de SF
SOLUCORTRIL
CORTISOL
- METILPREDNISOLONA: 500cc de SF
SOLUMEDROL TIEMPO: 2h

CARDIOVASCULAR

- FUROSEMIDE: BOLO
LASIX
FISCHERMIDE
- DIGOXINA: BOLO
LANOXIN
DIGOXIL

CARDIOESTIMULANTES

- ADRENALINA
 - DOBUTAMINA
 - DOPAMINA
- } SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA

ANTIARRITMICOS

- AMIODARONA
 - ATROPINA
- } SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA

ANTIANGINOSO

- NITROGLICERINA: SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA

PSIQUIATRÍA

- CLONAZEPAN: DIRECTO INTRAVENOSO
RIVOTRIL
 - DIAZEPAN: EN GOTEO O DILUCIÓN, SEGÚN INDICACIÓN
VALIUM
 - MIDAZOLAN: 100cc de SF o DILUCIÓN, SEGÚN INDICACION
DORMICUN
 - CLOROPROMAZINA: 100cc de SF
LARGACTIL
- TIEMPO: 20'

NEUMOLOGÍA

- AMINOFILINA: 100cc de SF o SEGÚN INDICACIÓN

TIEMPO: 30'

Definición: procedimiento quirúrgico que permite la evacuación de líquidos, aire o exudados de una herida, abscesos, cavidad natural o patológica, u órgano hacia el exterior.

Se puede utilizar el drenaje para inyectar sustancias, sueros, antisépticos, antibióticos, líquidos de contraste para estudios radiológicos.

TIPOS DE DRENAJES (CLASIFICACIÓN)

- Por gravedad: utilizan la fuerza de gravedad para evacuar las secreciones.
- Por aspiración: se coloca para establecer diferencias de presiones para hacer factible la evacuación. Puede ser continua o intermitente.
 - Frasco bajo agua que mantiene la presión en la cavidad
 - Aspiración mecánica con bomba que crea un gradiente de presión
 - Aspiración intermitente

MATERIAL DE DRENAJE IDEAL (CONDICIONES)

- Ser blando, maleable y no colapsable.
- No ser irritante
- Que no se descomponga con la temperatura y humedad corporal.
- Tiene que estar de acuerdo al mecanismo de acción, material utilizado, efectividad, tolerancia, cantidad y calidad de la colección a drenar y zona drenada.

CLASIFICACION

Aparato Digestivo

- Biliares
- Gastrostomías

Cavidades

- Cavidades patológicas hepáticas
- Peritoneales
- Pleural
- Mediastino
- Pericárdio

Logias

- Drenajes de cuello
- Periné
- Musculares

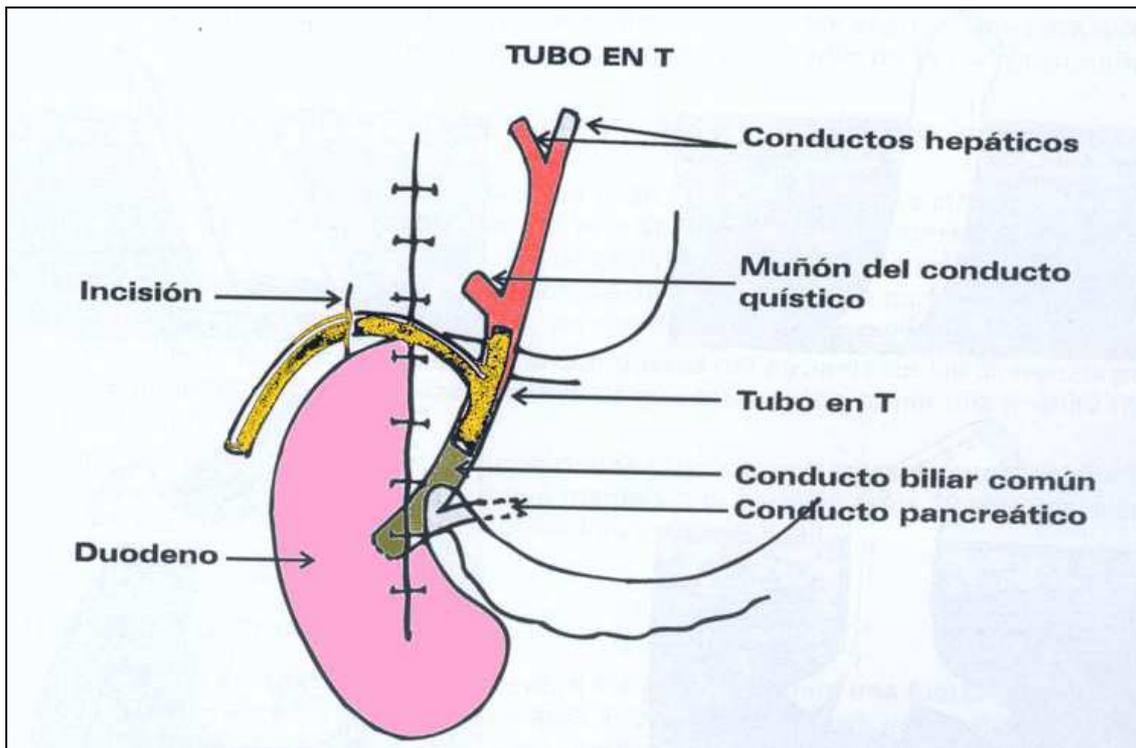
Otros drenajes

- De mama
- Abscesos y flemones
- Amputaciones

DRENAJES BILIARES

TRANSCISTICO drena la Vía Biliar Principal y colédoco. Se utiliza para el control, degravitación y tratamiento. Se coloca una Sonda Nelaton en la luz del colédoco a través del muñón del cístico. La bilis en 24 horas, no sobrepasa los 300 cc.

KEHR O COLECOSTOMIA: drena la vía biliar principal. Se utiliza para el control, degravitación y tratamiento. Se coloca un tubo en T en la luz del colédoco. La bilis en 24 horas es de 300 a 400 cc.



Manejo

Se colocan en sala de operaciones generalmente luego de realizada la colecistectomía.

En las primeras horas deberá de permanecer por debajo del nivel de la cama para permitir una mejor degravitación de la bilis producida. La cantidad de bilis drenada será de 500 a 1000cc, valor que irá disminuyendo a medida que pasan los días.

El drenaje se irá levantando en altura –a nivel de la cama y luego por encima- para permitir el pasaje de bilis al duodeno. Cuando esto ocurre la cantidad de bilis drenada será cercana a cero.

Si este procedimiento es bien tolerado, se pinza el drenaje progresivamente, en el período postprandial hasta que tolere el pinzado permanente.

Si en algunos de estos pasos el paciente presenta intolerancia – molestias, dolor en hipocondrio derecho- volvemos a la etapa anterior.

Si la cantidad de bilis en 24 horas, se mantiene elevada, nos indica dificultad del pasaje al duodeno.

Complicaciones

Las más importantes se deben a inadecuado manejo y es el arrancamiento, que es tanto más grave cuanto más cercano al acto quirúrgico.

De ocurrir esto, se avisa inmediatamente al cirujano, quién seguramente reintervendrá al paciente.

CUIDADO DEL PUNTO DE INSERCIÓN.

1. Colocar el material necesario en el carro de curaciones.

2. Retirar el apósito suavemente, si es preciso, mojarlo, y con la mano no dominante sujetar el tubo de drenaje.

Disminuye el dolor provocado al despegar la parte adhesiva..

Evita salidas accidentales.

3. Colocar el apósito sucio en la bolsa amarilla.

4. Valorar el estado de la piel adyacente al punto de fijación y el orificio del drenaje.

5. Sujetar el tubo de drenaje con la mano no dominante.

6. Limpiar la piel que rodea el orificio del drenaje con una gasa y suero fisiológico, realizando movimientos circulares.

7. Utilice diferentes gasas para cada pasada y deséchelas en la bolsa amarilla.

Evita la contaminación.

8. Seque la piel con una gasa estéril.

Mantiene la piel seca, evitando la maceración de ésta debido a la humedad.

9 Colocar una gasa estéril doblada por debajo del tubo de drenaje y otra por encima.

Si se corta la gasa podría soltar hilos, que actuarían como un cuerpo extraño en la herida.

11. Aplicar otra gasa y fijar el apósito con micropore.

Dejar al paciente cómodo y proporcionarle el máximo bienestar.

Colocar el timbre y lo que necesite a su alcance.

Educar al paciente y familia para que:

Comunique inmediatamente si el apósito está manchado, aparece dolor o molestias o si el drenaje se desconecta.

La importancia de evitar lesiones en el tubo de drenaje.

Cómo moverse con el drenaje.

Lavarse las manos con lavado de manos higiénico.

Registrar en la historia del paciente:

La técnica ejecutada. Día y hora. La cantidad y calidad del líquido drenado.

El aspecto del punto de inserción y de la piel de alrededor. Los problemas presentados y observados. La respuesta del paciente. Firma.

Control:

De la bolsa colectora, llevando un control adecuado de

- Volumen diario que debe quedar registrado
- Aspecto de la bilis, anotando color y olor
- Sedimentos si existen, registrando características – purulento, etc
- Hemofilia que es la presencia de sangre por traumatismo hepático.

Extracción: ningún drenaje que se conecte a la luz de un órgano o cavidad con el exterior, debe retirarse antes de los 15 a 21 días para permitir la formación de un trayecto bien fistuloso bien constituido. El drenaje biliar si se retira antes producirá una peritonitis biliar. En general se retiran a los 30 días.

El procedimiento de extracción consiste en liberar el drenaje del punto de fijación en la piel. Realizar un suave movimiento giratorio para liberar alguna adhesión

interna y luego extraerlo suavemente dejando una curación plana o compresiva en el lugar del mismo

DRENAJES DE LOGIA

CUELLO

Las operaciones más frecuentes que se realizan en el cuello, están relacionadas a la patología tiroidea.

Por ser el cuello una zona rica en vascularización y linfáticos, las disecciones que provocan áreas cruentas de difícil hemostasis perfecta y factible de linforragia, por lo que habitualmente es preciso drenarlos.

Generalmente se coloca un tubo de Penrose fino o una lámina de guante, colocado en la logia tiroidea, a ambos lados del eje visceral.

Se sacan por contrabertura, en la línea media. Generalmente quedan bajo curación. Se retiran tan pronto como dejen de drenar los exudados.

OTROS DRENAJES

MAMAS

La mama puede necesitar drenaje por diferentes patologías: mastitis supurada, tumores o mastectomías.

Se coloca durante el acto quirúrgico y se extrae por contrabertura. Habitualmente se dejan dos, uno bajo el colgajo superior y axila y otro por debajo del colgajo inferior.

Lo que debemos controlar es la cantidad de exudado que dan en 24 horas que debe disminuir rápidamente, así como el aspecto.

Se retirará como todo drenaje, cuando sea inefectivo.

AMPUTACION

Generalmente las amputaciones no quedan con drenajes. En los casos que hay infección, es cuando se colocan. Habitualmente en estos casos se coloca una lámina de guante, que se saca por la incisión operatoria. Este drenaje quedará bajo curación. Se retirará cuando sea ineficaz.

OBJETIVOS DE ACCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA COLOCACIÓN DEL DRENAJE

- 1- Mantener al paciente seguro y tranquilo
- 2- Preparar el equipo necesario para la colocación y trasladarlo al lado del paciente
- 3- Mantener una técnica aséptica durante todo el procedimiento
- 4- Colaborar con el médico (casi siempre cirujano)

ENFERMERÍA CON EL PACIENTE

- Si está en condiciones explicarle lo que se le va a hacer
- Control de PA, FC, FR, ruidos respiratorios y el dolor. Si es necesario avisar al médico.
- Colocar al paciente sentado o semi sentado, considerando dejar espacio para trabajar, el equipo humano y material

EQUIPO NECESARIO

- Mesa o carro de curaciones para llevar el material lo más cerca posible al paciente. Facilitando el espacio para trabajar.
- Bandeja de drenaje de tórax
- Xilocaína o lidocaína al 1% (anestésico local)
- Jeringa de 10 o 20ml
- Agujas s/c
- Guantes estériles (del número del cirujano)
- Antiséptico (chmicid - clorhexidina)
- Vicril 1 – 2 paquetes
- Nylon 2 paquetes
- Frasco graduado de drenaje (fijarse que tenga la varilla que va debajo del agua)
- Agua o suero estéril 1 litro
- Alargue o conector de drenaje de tórax
- Tubos de drenaje, lo que el cirujano use de elección: tubo fenestrado o trocar toraxico de diferentes números de acuerdo al paciente (para niños 10-12-14; para adultos 20-22-24)
- Hoja de bisturí
- Leuco

- Riñón
- Bandeja
- 2 pinzas recubiertas

ENFERMERÍA: ACCIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos
- Llevar el equipo al lado del paciente
- Ayuda al médico a vestirse: primero túnica, segundo guantes
- Abre envoltura externa de bandeja de tórax, de ahí el médico retira gasas y realiza desinfección
- No toca nada de adentro de la bandeja
- Abre y alcanza la jeringa
- Desinfecta tapón de xilocaína y la expone para cargar el anestésico
- Entrega aguja para realizar infiltración del anestésico
- Observa y prevé lo que el médico va haciendo para alcanzar lo que va a usar, depositando en forma aséptica sobre la bandeja estéril, por ejemplo coloca el trocar elegido o la tubuladura fenestrada
- Mientras el médico infiltra y luego abre la piel, le colocamos suero o agua estéril al frasco de tórax hasta la marca, verificando que la varilla que se conecta al drenaje del paciente quede de 2 a 3cc por debajo del agua, luego, si lo que usó es un trocar torácico le colocamos el alargue conector, si es una tubuladura fenestrada adapta directamente. LA ACCIÓN MÁS IMPORTANTE ES COLOCAR EL ALARGUE QUE VA AL DRENAJE DE TORAX EN LA ENTRADA DE LA VARILLA QUE VA BAJO AGUA Y DICE PACIENTE.
- Cuando el médico nos solicita el frasco, entregamos el mismo con cuidado, que no pierda la esterilidad.
- Entregamos manteniendo esterilidad, sutura para cierre, vicril 1 y nylon 2-0
- Ayudamos a dejar cómodo y seguro al paciente y al drenaje recién colocado
- Nos aseguramos de que el drenaje oscile y barbote
- Educamos al familiar que cuide el drenaje de acciones que puedan provocar los accidentes con el drenaje: rotura del frasco o salida del tubo.
- Retiramos el equipo, dejamos todo en condiciones y reponemos el material utilizado
- Lavado de manos
- Registro del procedimiento en la historia clínica: qué se hizo, qué drenó, cómo lo toleró y si hubo alguna situación durante el procedimiento que deba ser registrado.

CUIDADOS DEL PACIENTE CON DRENAJE DE TÓRAX

Objetivos de enfermería:

- Saber qué función cumple y verificar si la cumple, chequear que debe drenar, si drena aire, sangre o ambos
- Mantener el drenaje intacto – permeable – bajo agua
- Mantener longitud del drenaje que no ocasione acodamientos o rulos que impidan el drenado adecuado
- Chequear periódicamente curación y zona circundante del drenaje, ver signos de infección o enfisema subcutáneo.
- Valorar signos vitales, valorar cambios y avisar
- Valorar sistema respiratorio, frecuencia, características, secreciones, ruido y movimientos respiratorios
- Todos los días hora 8 o cada vez que sea necesario medir gasto y características de lo drenado
- El cambio de frasco se realiza si lo indica el médico tratante o si se llenó el que está colocado
- Insistir en que el paciente respire hondo y tosa
- El frasco debe permanecer por debajo del tórax
- El traslado de un paciente con un drenaje de tórax debe realizarse entre dos personas
- EL EXTREMO DE LA VARILLA QUE VA AL PACIENTE DEBE ESTAR SIEMPRE BAJO AGUA

CAMBIO DE FRASCO

- Reunir el equipo y llevarlo al lado del paciente: frasco, pinzas, agua estéril o suero estéril, guantes, gasas, leuco.
- 2 operadores, si es uno, primero se prepara el frasco con agua
- Llevar el equipo al lado del paciente
- Lavado de manos
- Explicar al paciente el procedimiento
- Colocarse los guantes
- Se abre el frasco, se coloca el agua hasta la línea indicadora, la varilla debe quedar de 2 a 3 cm por debajo del agua
- Se clampea el tubo en la parte más distal, con las puntas contrapuestas (pinzas recubiertas que no rompan el drenaje)
- Se desconecta el frasco y se conecta el nuevo
- VERIFICAR QUE SE CONECTÓ EN EL ORIFICIO QUE DICE PACIENTE
- CHEQUEAR LA HERMETICIDAD DEL SISTEMA
- DESPINZAR LAS PINZAS

- NO OLVIDAR QUE EL TUBO NO DEBE PERMANECER CLAMPEADO POR MÁS DE UN MINUTO
- Dejamos cómodo al paciente

- Se mide y se ven características del líquido
- Descartamos el líquido
- Se lleva el material al centro de materiales
- Se acondiciona el resto del material
- Lavado de manos
- Se registra en la historia clínica
- Mantener la observación visual del paciente y su drenaje, y tomar las medidas necesarias de acuerdo a la valoración de enfermería

PARA RETIRAR EL DRENAJE

- Equipo: gasas, leuco, americana, bisturí, riñón
- Lavado de manos
- Se lleva el material al lado del paciente y se le explica el procedimiento
- Se retiran los puntos, se comprime sobre el drenaje
- Se solicita al paciente inspiración profunda y en la espiración se retira
- Se deja cura compresiva
- Se realizan controles vitales
- Se deja el material en orden
- Se registra en historia clínica
- Se mantiene la observación y valoración de enfermería

ACCIDENTES

1- Rotura del frasco

Colocar el extremo del tubo bajo agua (puede ser una palangana)

Controles vitales

Permanecer al lado del paciente

2- Salida del tubo

Comprimir fuertemente sobre el orificio del drenaje con lo que tengamos, gasa, compresa, sábana

Se puede colocar una curación con nylon (un rectángulo) sobre el orificio de drenaje que se salió, cerrar con leuco tres de sus lados y dejar un lado abierto

Permanecer al lado del paciente, valorar y ver su evolución mientras otra persona llama al médico lo antes posible

Luego de superada la emergencia llame al médico tratante, si no fue él el que resolvió la emergencia.

Definición de herida:

Es la lesión intencional o accidental que altera la continuidad de los tejidos corporales, con o sin pérdida tisular.

Clasificación:

- heridas quirúrgicas
- heridas traumáticas: choque eléctrico, quemaduras, golpes o contusiones, provocados por objetos corto punzantes y desgarros, y a su vez se clasifican en heridas abiertas o cerradas y heridas limpias o contaminadas.
- Heridas crónicas. Ulceras por presión, úlceras varicosas.

Heridas quirúrgicas - clasificación:

- Limpias: heridas que no penetran en sistemas digestivo, genitourinario ni respiratorio.
- Limpias contaminadas presentan penetración controlada a los sistemas digestivo, genito-urinario o respiratorio, sin previa infección o derrame de contenido, puede implicar la colocación de drenaje.
- Contaminada: existe escaso derrame, sin proceso infeccioso, no hay pus.
- Infectada: son aquellas producidas en zonas quirúrgicas infectadas en el preoperatorio (Ej. – peritonitis).

Curaciones – definición:

- procedimiento que se realiza a las heridas con el objetivo de mantener las mismas limpias y evitar la contaminación en tejidos internos con patógenos de la piel y del medio.

Proceso de curación de una herida:

Es el tiempo que lleva y el mecanismo que debe recorrer una herida para recuperar hasta la normalizados tejidos corporales y la reacción local de inflamación.

Este proceso incluye 3 fases.

- **Fase latente:** inflamación y sangrado (disminuye la circulación)
- **Fase de fibroplastia:** Formación de tejido de granulación (tejido conectivo y posterior queratinización).
- **Fase de contracción:** cicatriza por aumento de tejido de granulación.

La herida puede cerrar por primera o segunda intención.

Cierra por **primera intención** cuando la herida tiene una sutura, los bordes están juntos o bien aproximados y no hay infección.

Cierra por **segunda intención** si los bordes de la herida no están aproximados, se realiza el cierre de la herida desde adentro hacia fuera por crecimiento de tejido de granulación, nuestro objetivo es mantener la herida libre de infección.

Carro de curaciones- **contiene:**

- Bandejas estériles.
- Riñones descartables y estériles.
- Instrumental estéril (pinzas americanas, tijeras, porta agujas, pinzas de disección, etc.)
- Material blanco estéril (gasas, apósitos, vendas, compresas).
- Material de sutura (nylon y seda).
- Material de fijación (leuco, micropore).
- Suero de lavado estéril.
- Pomadas.
- Jeringas.
- Guantes limpios y estériles.
- Bolsas amarillas y negras para descarte de residuos según clasificación.

Curación según el tipo de herida:

Heridas quirúrgicas limpias:

- Mantener el apósito de la primera curación 24 – 48 horas siempre y cuando la herida no moje.
- Lavado de manos antes y después del contacto con la herida.
- Utilizar técnica aséptica en la manipulación de la herida: preparar el equipo antes nombrado.
Se puede utilizar en el procedimiento guante estéril o pinza estéril., no es necesario ambos.
- Lavado de la herida con suero de lavado.
- Limpiar de arriba hacia abajo utilizando una gasa por vez.
- Secar la herida de la misma manera, de arriba hacia abajo utilizando una gasa por vez.
- Cubrir con gasa estéril.
- Fijar la curación.
- Acondicionar al paciente.
- Registrar el procedimiento y características de la herida.en la historia clinica del paciente.
- Acondicionar el carro de curaciones para volver a usar.
- higiene de manos según normas.

Curación de heridas con drenajes:

Se cura en primer lugar la herida y luego el o los drenajes

- retiramos la cura anterior inclusive la del drenaje con guantes comunes
- luego de retirado el apósito lavado de manos
- Se realiza la técnica detallada anteriormente.
- Se realiza la limpieza de la zona peri tubo dejando una gasa estéril cubriendo la misma.
- Lavado de manos
- Acondicionar el carro de curaciones para volver a usar.
- Lavado de manos
- Registro de lo realizado en HC.

Curación de heridas infectadas:

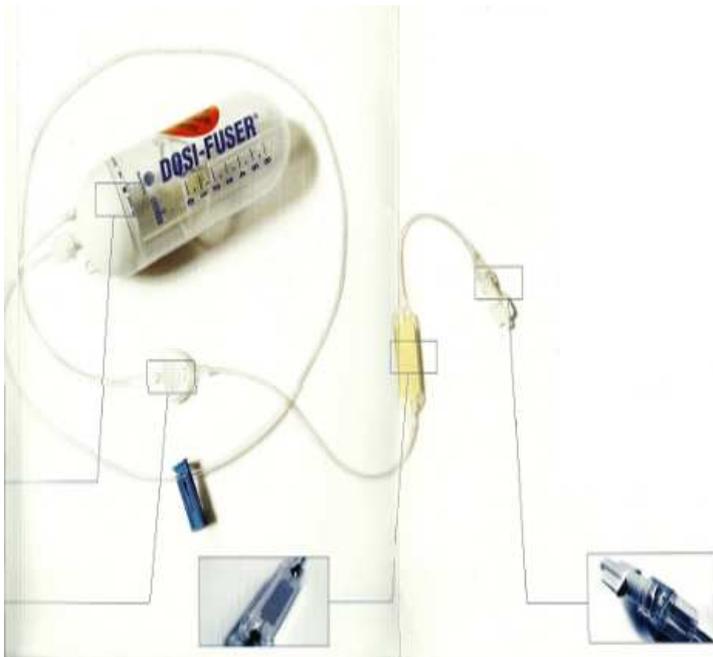
- lavado de manos.
- Colocar el equipo necesario cerca del paciente y explicar el procedimiento al la persona.
- Destapar y valorar la herida.
- Descartar la curación según normas.(guantes comunes – bolsa amarilla)
- Lavado de manos y uso de guantes y vestimenta de a cuerdo a precauciones estándares.
- Lavar la herida con suero de lavado de adentro hacia fuera hasta dejarla limpia.
- Debridar tejido necrosado si es necesario.
- Secado
- Solo si tiene indicación médica se colocará mecha yodoformada o pomada en la herida.
- Cubrir con gasa estéril.
- Acondicionar al paciente.
- Lavado de manos.
- Acondicionar el carro de curaciones.
- Registro en HC.

Curación de heridas abiertas:

- Los cuidados son los detallados para heridas infectadas, puede variar el uso de precauciones estándares

Es un sistema de infusión continua y ambulatoria de tipo elastomérico y de un solo uso.

Para su funcionamiento no necesita pilas ni corriente eléctrica. Está compuesto por un balón elastomérico situado en el interior de un contenedor rígido y transparente, y una línea de infusión con conexión LuerLock.



INDICACIONES

Es indicado para infusiones parenterales continuas de medicación sin impedir la movilidad del paciente.

Está indicado para:

- Quimioterapia, tratamientos antivirales, antibióticos, tratamiento del dolor.
- Tratamientos de SIDA e inmuno-supresivos.
- Infusión ambulatoria continua de anestésicos, antieméticos, heparina, etc.
- Infusión ambulatoria continua arterial o intravenosa de antibióticos, citostáticos.

INSTRUCCIONES DE USO – PREPARACIÓN DE LA MEDICACIÓN

- 1- La medicación a infundir al paciente debe establecerse según prescripción médica
- 2- La preparación de la solución debe realizarse siguiendo las instrucciones del propio medicamento utilizando una técnica aséptica (guantes, tapabocas, campo estéril)
- 3- Se debe contar la cantidad de ml de medicación y completar con SF.

Primero se coloca el SF y luego la medicación, hasta completar el volumen.

- 4- En función del volumen y de la duración de la infusión, elegir el modelo de dosifuser adecuado, definido en la etiqueta identificadora del producto.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

- 1- Utilizar una técnica aséptica durante todo el procedimiento.
- 2- No extraer dosifuser de su envase hasta el momento justo de su utilización. Una vez abierto el envase comprobar que todos los componentes se encuentran en perfecto estado y que la línea de infusión contiene el tapón de línea de infusión cerrado correctamente.
- 3- Sujetar el dosifuser, quitar el tapón de entrada del contenedor y clampear la línea de infusión en un punto entre el contenedor y el filtro.
- 4- Aspirar la solución con una jeringa y conectarla a la entrada del contenedor, (nunca debe realizarse mediante la inserción de agujas o cualquier otro elemento punzante) y proceder al llenado del balón elastomérico. Para determinar el volumen de la solución a infundir debe tenerse en cuenta el volumen residual.
- 5- La introducción de la solución debe realizarse sin brusquedad y a una velocidad constante. El esfuerzo que debe realizarse es mayor justo en el momento en que el balón elastomérico comienza a llenarse.
- 6- Comprobar visualmente que el llenado del balón se realiza siguiendo una expansión simétrica a lo largo de la guía interior del contenedor. De no ser así, el dispositivo puede ser defectuoso y debe ser desechado.

- 7- En ningún caso se debe sobrepasar el volumen máximo.
- 8- Una vez finalizado el llenado del balón con el volumen total necesario (en caso de necesitar más de una jeringa repetir los pasos 4 a 7 de las instrucciones de llenado), retirar la jeringa. Cerrar la entrada del contenedor con el tapón de entrada.
- 9- Colocar la etiqueta paciente (que acompaña al producto) en el contenedor con la información necesaria
- 10- Introducir el dosifuser en la bolsa opaca (que acompaña al producto) para su transporte y conservación

INSTRUCCIONES DE INFUSIÓN

- Utilizar técnica aséptica durante todo el procedimiento
- Antes de colocar el dispositivo al paciente se debe asegurar que éste dispone de la conexión adecuada y compatible con dosifuser
- Purgar la línea de infusión antes de conectarla al paciente. Para ello sostener el contenedor en posición vertical con las conexiones en la parte superior. Desclampar la línea, quitar el tapón línea de infusión y comprobar visualmente el avance del líquido a través de la línea de infusión hasta que fluya por la conexión de salida
- Una vez purgado el sistema de aire, clampar la línea de infusión y cerrarla hasta el momento de la conexión al paciente
- Proceder a la conexión de la línea de infusión a la vía del paciente, para ello retirar el tapón y conectar a la vía del paciente. Desclampar la línea de infusión
- Sujetar el elemento capilar o el tubo capilar sobre la piel del paciente. El filtro de aire debe colocarse en una zona seca sin obstruir el orificio de salida
- Comprobar la etiqueta del paciente

- Cuando el indicador de nivel ha llegado cerca de la señal de 0 y el balón se ha vaciado recuperando su forma tubular, se puede considerar que la infusión ha finalizado
- Al finalizar la infusión corroborar el estado del producto. Clampear la línea de infusión y proceder a la desconexión de la vía del paciente.
- Desechar el producto siguiendo el protocolo del centro

TIEMPO DE INFUSIÓN

Está pensado para suministrar el 90% del volumen introducido en el tiempo de infusión indicado en la etiqueta.

CONDICIONES DE CALIBRACIÓN

Está ajustado en las siguientes condiciones:

- 1- Inicio de la infusión en el momento del hinchado del balón
- 2- Llenado la capacidad nominal con suero salino NaCl 0.9%
- 3- Temperatura de suero en el depósito de 22°C
- 4- Temperatura del elemento capilar o el tubo capilar de 32°C, equivalente a su temperatura en contacto con la piel
- 5- Tubo capilar estirado
- 6- Contenedor y conexión de salida al mismo nivel, con salida libre.

PRECAUCIONES

- 1- El producto está diseñado para funcionar correctamente siempre que se cumplan las precauciones que se indican
- 2- Seguir la instrucciones de uso
- 3- No utilizarlo si el envase está abierto o defectuoso. No re esterilizar

- 4- Está previsto para un solo uso, por lo que no queda garantizado su empleo en caso de que se proceda a una nueva utilización, o sea rellenado una vez iniciada la infusión
- 5- Utilizar una técnica aséptica durante todo el procedimiento
- 6- El elemento capilar puede deteriorarse en contacto con disolventes. Use agua para su limpieza
- 7- Asegúrese de purgar la línea de infusión, en caso contrario puede introducir aire al paciente
- 8- Revisar el progresivo vaciado del contenedor mediante el control visual del desplazamiento del indicador, comprobando que sigue la evolución prevista
- 9- El orificio del filtro de aire debe quedar descubierto en una zona limpia y seca
- 10- No se alcanzará el tiempo de infusión indicado en la etiqueta identificativa en caso de que el volumen introducido en el balón sea distinto al nominal
- 11- Después de la infusión queda un volumen residual de solución que no se infunde al paciente. No debe reutilizarse el líquido remanente que pueda permanecer en la línea de infusión o incluso dentro del sistema
- 12- No debe manipularse ni modificarse ninguno de los componentes del sistema
- 13- Debe protegerse de la luz solar y radiación ultravioleta, y almacenarse a una temperatura entre 0 y 30 °C, y evitar la humedad
- 14- Debe interrumpirse la infusión mediante el clampeado de la línea en caso de: rotura total, parcial o desprendimiento del contenedor o del balón elastomérico; rotura del elemento capilar, filtro de aire o tramo de la línea de infusión; derrame del líquido en alguno de los componentes, incluso en el interior del contenedor
- 15- No deben introducirse elementos externos a través del orificio de entrada de aire del contenedor
- 16- Se puede mojar, no obstante se recomienda evitar que se introduzca líquido en el interior del contenedor a través del orificio de entrada de aire

17-El tiempo de infusión previsto puede aumentar: si el infusor se sitúa por debajo de la línea axilar media, en caso contrario disminuirá

Si el elemento capilar o tubo capilar se sitúa en contacto con la piel o está situado en una zona más fría

Si la temperatura del líquido en el contenedor está por debajo de 22°C

Si transcurre mucho tiempo desde el llenado hasta el inicio de la infusión

Si se obstruye el orificio de entrada de aire del contenedor

Si la viscosidad de la solución a infundir es superior a la del suero salino con el que se calibra el producto

Si existe una excesiva restricción de flujo en la vía de entrada del paciente

Si el paciente presenta HTA

Si la línea de infusión se retuerce considerablemente

Si se interrumpe la infusión

Es ESENCIAL que el elemento capilar quede en contacto directo con la piel del paciente, con el acrílico transparente hacia arriba

18- Dosifuser incorpora un filtro que evita el paso de partículas de tamaño superior a 1.2µm. también existe un filtro para la eliminación de aire con un tamaño de poro de 0.02µm.

DEFINICION

Consiste en hacer una medición de la presión existente en la vena cava o en la aurícula derecha, en cm de agua.

OBJETIVO

Determinar y valorar: volemia del paciente

Tolerancia del paciente a la sobrecarga de volumen

MATERIAL

- Catéter previamente colocado en aurícula derecha
- Suero fisiológico o glucosado al 5% 100cc o 250cc
- Sistem de PVC (tubuladura en Y)
- Regla en cm

PROCEDIMIENTO

- Reunir el material
- Lavado de manos
- Explicarle el procedimiento al paciente si está consciente
- Conectar el sistema para medición (sachet de suero con tubuladura cebado SIN BURBUJAS) en la llave de 3 vías más proximal a la salida del catéter, teniendo precaución de que estén clampeadas las tubuladuras
- Colocar al paciente en decúbito supino, con la cama horizontal
- Corroborar la permeabilidad de la central
- Cerrar las vías de medicación dejando abierta la llave solo hacia la tubuladura del sistema de medición y dejar clampeada la tubuladura que comunica al suero del sistema de PVC, de modo que la columna (tubuladura libre del sistema de PVC) quede comunicada con el catéter del paciente, aislando el suero.
- Observar el descenso de la columna de suero hasta el momento que oscile
- Este valor es el que se registra como PVC. La lectura debe hacerse durante la espiración, porque la presión intratorácica es menor en ese momento
- Realizada la lectura, cerrar la comunicación con la columna y conectar al catéter con el sistema de goteo de medicación
- Acondicionar al paciente
- Registrar la medición y resultados obtenidos, en la historia clínica

- Realizar la glicemia capilar proporciona información sobre el nivel de azúcar en la sangre (glicemia). Al introducir una muestra de sangre en el medidor, éste le dará el nivel de glicemia.

Valores considerados normales

Valores de glucemia basal (en ayunas) considerados normales		
Hiperglucemia	Normoglucemia o Glucemia normal	Hipoglucemia
Superior a 110 mg/dl.	Entre 65-70 y 110 mg/dl.	Inferior a 65 mg/dl. En general se empiezan a sentir manifestaciones físicas de falta de glucosa cuando la glucemia está por debajo de 65 mg/dl.
Valores de glucemia postprandial considerados normales		
Dos horas después de las comidas la glucemia debe ser inferior a 140 mg/dl.		
En personas con diabetes, se aceptan unos niveles discretamente superiores:		
<ul style="list-style-type: none">- En ayunas, hasta 140 mg/dl.- Dos horas después de las comidas, hasta 180 mg/dl.		

PROCEDIMIENTO

- Reunir el material necesario en una bandeja y llevarlo al lado del paciente, (torunda de algodón seca, torunda de algodón con alcohol al 70%, glucómetro, tirillas). Siempre corroborar previamente que la tirilla corresponda al chip del aparato.
- Explicarle el procedimiento al paciente
- Colocar la tirilla en el glucómetro
- Realizar la desinfección de la zona a puncionar, en forma circular. Siempre rotando la zona. Esperar a que el antiséptico se seque
- Realizar la punción
- Retirar la primer gota de sangre con la torunda seca, ya que el valor puede verse alterado por el alcohol
- Colocar la gota de sangre en la tirilla
- Acondicionar y dejar cómodo al paciente
- Informar a quien corresponda el valor obtenido

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un trastorno en que hay obstrucción al flujo de aire por enfisema, bronquitis crónica o ambos.

Enfisema: distención anormal de los espacios aéreos distales a los bronquios terminales, con destrucción de las paredes alveolares. Su principal causa es el tabaquismo.

Bronquitis crónica: presencia de tos productiva durante tres meses del año en dos años consecutivos, en pacientes que han sido excluidas otras causas que provocan la tos. Hay una hipersecreción de moco e inflamación.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Disnea, la cual a menudo interfiere con las actividades del paciente
- Tos
- Trabajo respiratorio, aumenta con el tiempo y los músculos accesorios se activan.

El enfermo con EPOC se encuentra en riesgo de insuficiencia e infecciones respiratorias.

VALORACIÓN

- Antecedentes personales, hace cuanto tiempo el paciente presenta la patología respiratoria, otras enfermedades asociadas, si es fumador, etc.
- SNC: nivel de conciencia
- SISTEMA RESPIRATORIO: frecuencia respiratoria, dificultad respiratoria, utilización de músculos accesorios, tos, expectoración y sus características, aporte de oxígeno, máscara correcta, flujo correcto, saturación de oxígeno, disnea, ruidos respiratorios, MAV.
- SISTEMA CARDIOVASCULAR: frecuencia cardíaca, presión arterial, tolerancia en los esfuerzos, presencia de edemas
- SISTEMA TEGUMENTARIO: coloración de la piel, cianosis, hidratación de piel y mucosas.
- SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO: actividades que el paciente puede realizar por sí mismo, dependencia, posición del paciente (fowler alta), estado nutricional del paciente, pérdida de peso, IMC.

TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA

- Enseñanza sobre la enfermedad, administración de los medicamentos, oxigenoterapia, suspensión del tabaquismo, entre otras.
- Ejercicios respiratorios: cambiar la respiración rápida y torácico a respiración diafragmática, inhalar lento y profundamente por la nariz y

empujar el abdomen hacia afuera lo más posible, espirar con los labios fruncidos, presionar firmemente el abdomen hacia adentro. Ejercitarse varias veces al día, promueve la relajación y recupera el control en caso de disnea y sensación de pánico.

- Organización de la actividad, presenta tolerancia disminuida al ejercicio, sobre todo al levantarse por la mañana, donde el paciente ha estado acostado y las secreciones bronquiales se acumulan. Las actividades deben realizarse por períodos breves y descansar según lo requiera.

TRATAMIENTO MÉDICO

- Abandono del cigarrillo
- Broncodilatadores
- Broncodilatadores y glucocorticoides
- Oxigenoterapia, *ATENCIÓN: la hipoxemia es un estímulo para la respiración en el paciente con EPOC, el incrementar el índice de flujo de oxígeno puede elevar el nivel del mismo, pero conducir a depresión del estímulo respiratorio y a retención del dióxido de carbono.*
- Rehabilitación pulmonar
- Nebulizaciones

En cuanto a los inhaladores, utilizarlos en el orden adecuado, primero los broncodilatadores y luego los antiinflamatorios.

Ver en protocolo de oxigenoterapia forma de administración de inhaladores.

CONSEJOS

- Mantener un peso adecuado
- Beber abundante agua, ayuda a fluidificar secreciones
- Realizar ejercicios respiratorios
- Expectorar las secreciones
- Realizar ejercicio, caminar diariamente
- Evitar cambios bruscos de temperatura, así como alérgenos

SIGNOS DE ALARMA

- Aumento de la disnea
- Aumento de las secreciones
- Cambio de las características de las secreciones
- Aparición de edemas
- Aparición de dolor
- Aparición de fiebre
- Somnolencia

¿QUÉ ES?

Es una enfermedad crónica donde el cuerpo no produce o no utiliza apropiadamente la insulina.

La insulina es secretada por el páncreas, con la comida su secreción aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a los músculos, hígado y adipocitos.

La insulina tiene los siguientes efectos:

- Metaboliza la glucosa para la obtención de energía
- Estimula el almacenamiento de glucosa en forma de glucógeno
- Acelera el transporte de aminoácidos a las células

En la diabetes la glucosa se acumula en la sangre, lo cual contribuye a enfermedades cardiovasculares, retinopatías, insuficiencia renal, entre otros.

CLASIFICACIÓN

- TIPO I: se caracteriza por destrucción de las células beta del páncreas, esto resulta en una producción ilimitada de glucosa por parte del hígado y en hiperglicemia. La glucosa no puede almacenarse en el hígado, permanece en el torrente sanguíneo, siendo el exceso de glucosa excretado en la orina (glucosuria)

Hay también degradación de grasas, que ocasiona mayor producción de cuerpos cetónicos (productos secundarios de la degradación de lípidos)

Se la conoce como diabetes insulino dependiente, se diagnostica generalmente en la infancia

- TIPO II: en ella hay dos problemas principales, resistencia a la insulina y alteración de la secreción de insulina.

Para superar esta resistencia, debe aumentarse la cantidad de insulina para mantener una glicemia normal, si las células beta son incapaces de enfrentar esta demanda, la glicemia se eleva y se desarrolla la diabetes tipo II.

Es más común en obesos, mayores de 30 años, se la conoce también como diabetes no insulino dependiente.

Se puede controlar mediante ejercicio y la dieta, aunque a veces requiere de hipoglucemiantes orales (HGO)

FACTORES DE RIESGO

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| - Obesidad | - Raza |
| - Edad avanzada | - Sedentarismo |
| - Antecedentes familiares | - Diabetes gestacional |

DIAGNÓSTICO

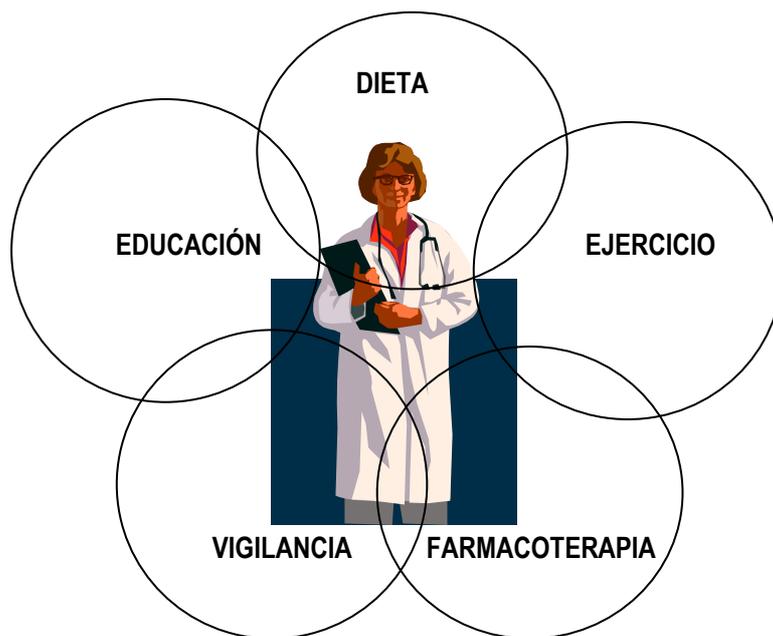
Prueba de glicemia de 185 mg/dl o más

Prueba de glicemia en ayuno de 126 mg/dl o más

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Poliuria: aumento de la micción
- Polidipsia: aumento de la sed
- Polifagia: aumento del apetito
- Fatiga y debilidad
- Cambios visuales repentinos
- Parestesias
- Piel seca
- Demora en la cicatrización de las heridas
- Infecciones en las heridas
- Náuseas, vómitos, dolor abdominal

TRATAMIENTO



DIETA:

Debe proporcionar todos los constituyentes esenciales

Obtener y mantener un peso ideal

Satisfacer las necesidades energéticas

Incluir colaciones cuando sea necesaria

EJERCICIO

Logra disminuir la glicemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de insulina.

VIGILANCIA DE LA GLICEMIA

Los pacientes pueden ajustar el régimen terapéutico para obtener el máximo control de los niveles de glucosa en sangre.

Es el médico quien determina la frecuencia del mismo.

Valores normales: en ayunas 80 a 110 mg/dl

2 horas post prandial menos de 160 mg/dl

Ver protocolo de realización de hemoglucotest

FARMACOTERAPIA

Insulinoterapia

La insulina se mide en unidades internacionales

Puede ser humana o extraída del páncreas del cerdo

Se conserva en frío

Tipos

Acción rápida: cristalina, actúa a los 30', umbral de acción a las 2 horas, duración 6 a 8 horas, aspecto transparente.

Acción prolongada: NPH, actúa luego de 1 hora y media, umbral de acción a las 3 horas, duración 18 a 20 horas, aspecto lechoso.

Se puede administrar por vía s/c o l/m en deltoides, por vía l/v solo cristalina.

Cuando vamos a administrar insulina a un paciente **SIMULTANEAMENTE LE AVISAMOS A TISANERÍA PARA PROPORCIONAR EL ALIMENTO ADECUADO, Y SUPERVISAMOS QUE EL PACIENTE COMA.**

Ver protocolo de administración de medicamentos por vía subcutánea

Hipoglucemiantes orales

Estimulan las células beta del páncreas para incrementar su acción de insulina y a través de esta acción los fármacos tienen utilidad solo en pacientes en los que las células mencionadas conservan moderada capacidad secretoria.

EDUCACIÓN

El paciente diabético debe adquirir conocimientos sobre nutrición, insulinoterapia o hipoglucemiantes orales, actividad física, prevención de la enfermedad, auto monitoreo, cuidado de los pies, etc.

COMPLICACIONES

- HIPOGLICEMIA

<u>Signos:</u>	Visión borrosa	Sudoración
Glicemia menor a 60 mg/dl	Cefaleas	Inconsciencia
Taquicardia	Hambre	Coma
Cambios en la conducta	Sed	Convulsiones
	Fatiga	
	Palidez	

Causas: Demasiada insulina o HGO
Ingesta insuficiente de alimentos
Demasiado ejercicio

¿Qué hacer?: proporcionarle al paciente una fuente de azúcar, avisarle al médico y medir la glicemia a los 15'.

- HIPERGLICEMIA

<u>Signos:</u>	
Sed	Deshidratación
Fatiga	Dolor abdominal

Causas: Insuficiente insulina o HGO
Ingesta excesiva de medicamentos
Enfermedad o infección
Estrés
Falta de ejercicio

¿Qué hacer?: No interrumpir el tratamiento, insistir con la ingesta de líquidos, verificar el nivel de glicemia, vigilar el cumplimiento de la dieta, avisarle al médico.

- CETOACIDOSIS DIABÉTICA

<u>Signos:</u>		
Hiperglicemia	Visión borrosa	Náuseas
Deshidratación	Poliuria	Vómitos
Pérdida de electrolitos	Polidipsia	Dolor abdominal
Acidosis	Hipotensión	

Causas: falta de insulina, enfermedad o infección

¿Qué hacer?: rehidratación, aplicar insulina, revertir la acidosis

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO

- Enfermedades macro vasculares: cambios en los vasos sanguíneos medianos a grandes, las paredes se engrosan, esclerosan y ocluyen.
- Enfermedades micro vasculares: engrosamiento de las membranas basales de los capilares, las más comunes: retinopatías y nefropatías.
- Neuropatías: afectan a todo tipo de nervios

PIE DIABÉTICO

Causas:

Nervios dañados
Mala circulación
Infecciones
Deformidades en los pies.

Prevención:

Examinar los pies todos los días en busca de cambios de color, lesiones, hematomas.

Evitar paños o bolsas de agua caliente debido a la menor sensibilidad puede quemarse.

No andar descalzo

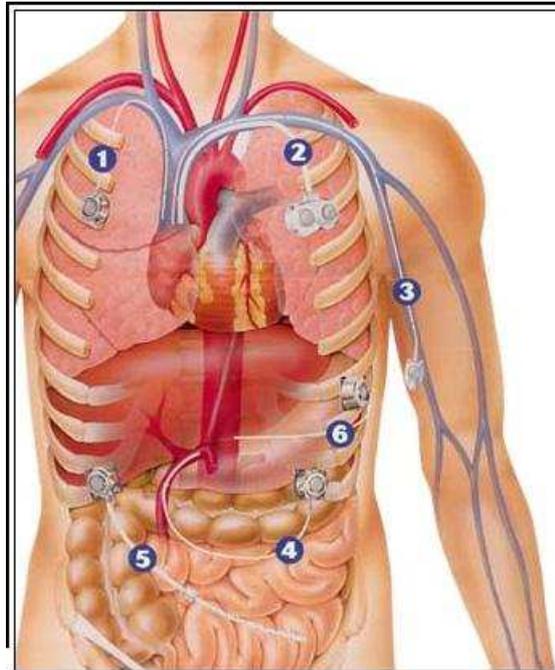
Secar bien los pies, en especial la zona interdigital

Cortar las uñas en forma recta y luego limarlas

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Conservación del equilibrio hidroelectrolítico: realizar balance hídrico, administrar aporte de sueros en tiempo y forma, verificar el estado del acceso venoso. Alentar el consumo de líquidos, vigilar signos vitales y resultados de paraclínica.
- Mejoramiento del consumo nutricional: medición de la glicemia, proporcionar colaciones, coordinar con tisanería la administración de alimentos, nexos con nutricionista.
- Reducción de la ansiedad: la enfermera brinda apoyo emocional y educación, tanto al paciente como a su familia. Evacua dudas e inquietudes. Educa sobre todo lo anteriormente mencionado, auto monitoreo, cuidado de los pies, insulina, etc.

Los sistemas port a cath son totalmente implantables y están compuestos por un catéter venoso, arterial, peritoneal e intra espinal en portal de ubicación subcutánea para el acceso al sistema y una conexión entre ambas.



- 1- SISTEMAS VENOSOS: colocados en el tórax para el acceso venoso estándar.
- 2- SISTEMA VENOSO CON DOS PORTALES: cuando se necesitan dos luces para administrar diferentes medicamentos y fluidos
- 3- SISTEMA PERIFÉRICO: portal de acceso venoso periférico diseñado para su colocación en el brazo
- 4- SISTEMA ARTERIAL: para administración regional
- 5- SISTEMA PERITONEAL: para administración de analgésicos en la vía espinal

El portal es una pequeña cámara que consta de dos partes:

- Una anterior, de goma siliconada.
- Una posterior, metálica o de titanio



INDICACIONES

- En tratamientos repetidos o a largo plazo, y están diseñados para permitir el acceso repetido para la inyección o infusión de medicamentos, soluciones nutritivas u otro tipo de fluidos y para el muestreo de sangre venosa, cuando es indispensable la utilización de las vías venosas, arterial y otras.
- Cuando se ve dificultado el tratamiento por las vías venosas o arterial por destrucción u obstrucción de los vasos sanguíneos periféricos accesibles, por desarrollo de inflamación en los tejidos adyacentes a los vasos utilizables o por inadecuado flujo sanguíneo en los mismos.
- Cuando existe alto riesgo de producir daño vascular, por la utilización de drogas de alta toxicidad (particularmente citostáticos)

VENTAJAS

- Disminuye complicaciones infecciosas
- Preserva el estado de los vasos sanguíneos periféricos
- Es un sistema cómodo, fácil de ubicar y práctico en su uso
- Reduce el dolor y la ansiedad del paciente

CONTRAINDICACIONES

- Cuando el plan de drogas requiere el uso de sustancias que son incompatibles con el metal, por ejemplo: cisplatino, fenoles y cloroformo, y en este caso deben usarse solamente los que la base del portal es de titanio
- Presencia o sospecha de infección bacteriana, septicemia o peritonitis
- Sospecha de pacientes alérgicos

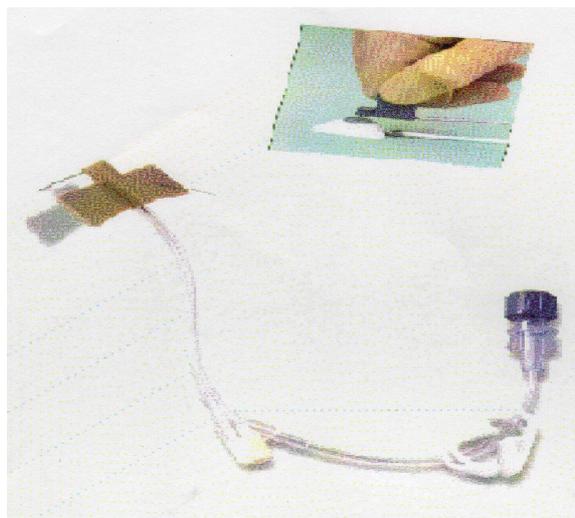
IMPLANTACIÓN

Se realiza con anestesia local, en sala de operaciones.

El procedimiento consiste en introducir el catéter en un gran vaso seleccionado por el médico, se realiza un control radiográfico de la ubicación adecuada del catéter. Luego se realiza un pliegue subcutáneo lejos del sitio de incisión del catéter donde se implantará el portal. Se realiza un túnel subcutáneo desde la entrada del catéter al pliegue portal donde se hará la conexión del catéter y el portal.

USO Y MANTENIMIENTO

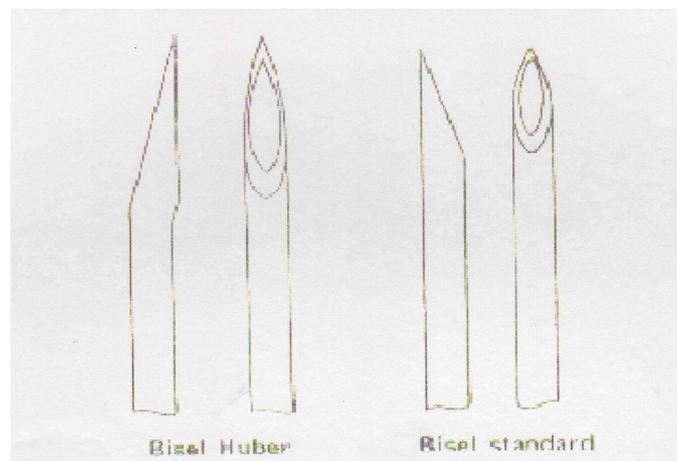
1. Seleccionar el material a utilizar en el abordaje del catéter:
 - Aguja de bisel Huber recta y de 90°
 - Material de fijación
 - Campo estéril fenestrado
 - Sobretúnica, gorro, tapabocas y guantes
 - Tubuladuras purgadas, llave de tres vías
 - Bandeja de curaciones
 - Gasas estériles
 - Jeringas
 - Heparina
2. Informar al paciente acerca del procedimiento, en que consiste



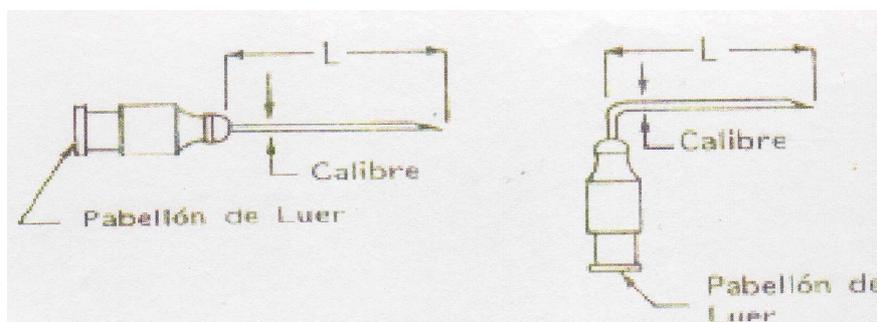


Es necesario usar agujas Huber y sin siliconizar. Las agujas rectas generalmente se usan para la inyección en bolos. Las agujas curvas, agujas Gripper y los juegos de infusión con alas se prefieren cuando se requiere acceder al sistema para infusiones prolongadas o continuas.

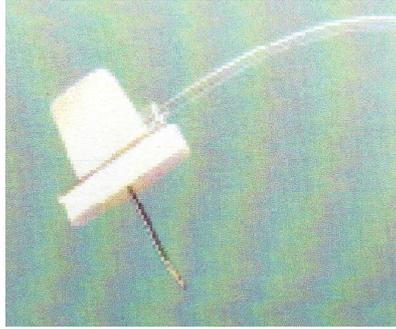
Las agujas están disponibles en diferentes calibres y longitudes.



Agujas de bisel Huber comparadas con agujas de bisel normal



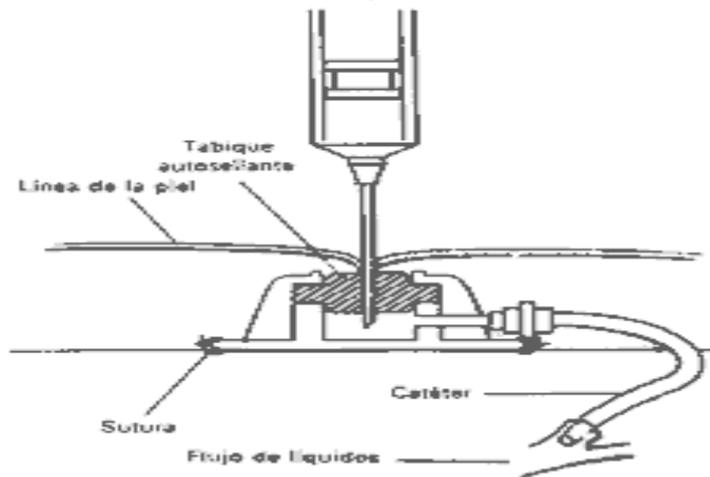
Configuraciones de agujas Huber



Agujas Gripper: el área de sujeción contorneada y extraíble permite la colocación controlada de la aguja y la plataforma acolchada de la aguja la estabiliza y protege el sitio de acceso. El diseño elimina la necesidad de apósitos voluminosos y aumenta la comodidad del paciente. Las agujas tienen un equipo de extensión Totm con un conector Luer.



PROCEDIMIENTO



Se accede al sistema Port a cath insertando una aguja a través de la piel y el septum portal.

Se necesitan dos operadores, un ejecutor y un instrumentista

El ejecutor se viste, se coloca la sobretúnica, debe colocarse gorro o tener el cabello recogido

Colocarse tapaboca para realizar el procedimiento

Debe usar guantes estériles

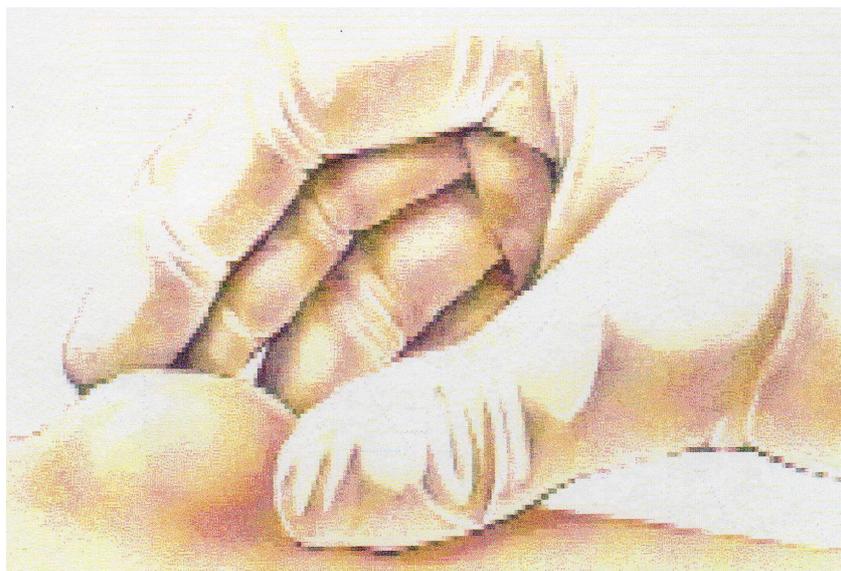
Asepsia de la zona

Cambio de guantes

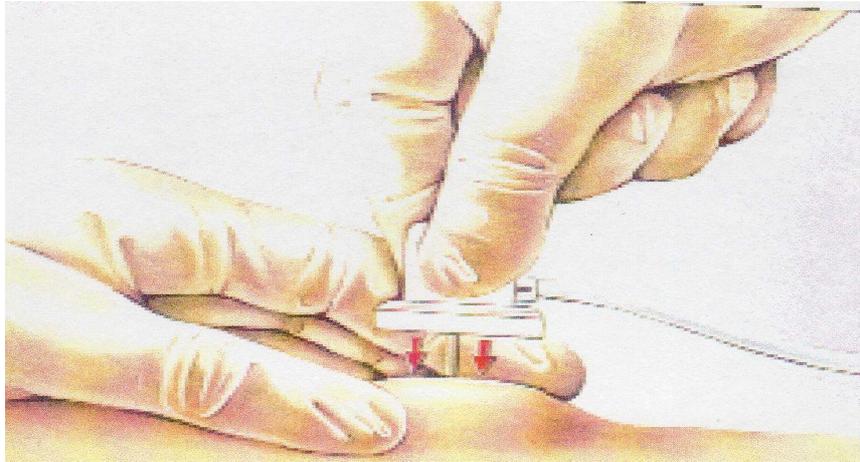
Colocar campo fenestrado

El instrumentista colocará sobre el campo estéril el material de punción

Ubicación del portal por palpación, utilizando los dedos índice y medio para la fijación



Insertar la aguja a través de la piel en el punto medio del portal y hasta que toque el fondo metálico, se introduce la aguja en forma perpendicular.



Aspirar el sistema

Injectar solución salina 20cc aproximadamente

Para realizar el cierre heparínico se inyectan 2.5cc de heparina pura y se retira la aguja.



PROCEDIMIENTO PARA LA INFUSIÓN CONTINUA:

- Se realiza el mismo procedimiento que se describió anteriormente sin realizar el cierre heparínico
- Luego de puncionado el portal y aspirar el sistema se realiza un lavado con solución salina
- Se debe colocar una llave de tres vías a la aguja que se colocó en el portal
- Se conecta la infusión continua

- En esta situación es necesario fijar la aguja para evitar su salida del lugar, se hace con una gasa y leuco
- Luego de terminada la infusión se realiza lavado con solución salina y cierre con heparina.

PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR DROGAS:

- Se maneja de la misma forma
- Entre la administración de una y otra droga se debe realizar lavado con solución salina
- Al finalizar se realiza cierre con heparina
- Si el uso del port a cath tiene una secuencia de varios usos en el día, se puede dejar la aguja con la llave de tres vías cerrada y protegida con una curación que también dará seguridad al paciente.

PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR SANGRE, PLAQUETAS, ETC:

- Los pasos que se realizan son los mismos
- En caso de realizar una transfusión de sangre, etc., se debe colocar una solución salina que debe pasar en forma simultánea lo que asegurará la permeabilidad de la vía.

PROCEDIMIENTO PARA EXTRAER SANGRE

La extracción de sangre en un sistema port a cath, se puede realizar en aquellos casos en que el catéter implantado sea de calibre amplio.

- Los pasos y cuidados son los mismos
- Retire 10cc de sangre y descártela
- Retira la sangre que necesita
- Luego de obtener la muestra de sangre, proceda a realizar lavado con solución salina 20cc
- Se realiza el cierre con heparina

LOCALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

DIFICULTAD PARA ASPIRAR EL PORTAL

Signos y síntomas:

- Se siente resistencia cuando se empuja el embolo de la jeringa
- No se puede purgar ni infundir fluidos a través del portal
- Infusiones lentas

Causas posibles:

- Las pinzas de los tubos y/o del equipo de extensión pueden estar cerrados
- El catéter puede estar atorado en un vaso más pequeño o contra la pared de un vaso

- El catéter puede estar doblado
- La aguja puede no estar insertada totalmente o es muy corta
- El catéter puede estar ocluido debido a un precipitado del medicamento, una formación de fibrina en la punta del catéter o un coágulo

Soluciones posibles:

- Abra las pinzas de los tubos
- Coloque la cabeza y los hombros del paciente en otra posición
- Introduzca la aguja hasta que se sienta el fondo del portal o vuelva a acceder con una aguja de longitud adecuada
- Con una jeringa de 10ml, irrigue con solución salina, alternando entre irrigación y aspiración
- Considere la administración de solución salina heparinizada

DIFICULTAD PARA ASPIRAR SANGRE

Signos y síntomas:

- Se siente alta resistencia cuando se aspira sangre
- El fluido de aspiración adquiere un tinte rosado
- No se puede extraer sangre del catéter, pero puede o no ser posible la irrigación

Causas posibles:

- El catéter puede estar atorado en un vaso más pequeño o contra la pared de un vaso
- El catéter puede estar doblado
- La aguja puede no estar insertada totalmente o es muy corta
- El catéter puede estar ocluido debido a un precipitado del medicamento, una formación de fibrina en la punta del catéter o un coágulo

Soluciones posibles:

- Coloque la cabeza y los hombros del paciente en otra posición
- Introduzca la aguja hasta que se sienta el fondo del portal o vuelva a acceder con una aguja de longitud adecuada
- Con una jeringa de 10ml, irrigue con solución salina, alternando entre irrigación y aspiración
- Considere la administración de solución salina heparinizada

SE SIENTE DOLOR DURANTE LA PALPACIÓN DEL PORTAL

Signos y síntomas:

- Enrojecimiento, hipersensibilidad o hinchazón en el portal, alrededor del portal o a lo largo de la región donde está colocado el catéter
- La piel está caliente al tacto
- Puede haber o no drenaje en el sitio de punción

Causas posibles:

- Infección en la bolsa del portal o en el sitio de introducción del catéter
- Irritación de la vena
- La aguja se puede haber salido del septum, el fluido puede estarse infundiendo en el tejido

Soluciones posibles:

- Revise si hay descarga en el sitio de introducción, si es así notifique al médico.
- Revise si el paciente presenta otros signos o síntomas de infección, como fiebre, escalofrío, si es así notifique al médico
- Vuelva a evaluar el sitio

ALARMA DE OCLUSIÓN O DE ALTA PRESIÓN

Signos y síntomas:

- Cuando se usa bomba de infusión se activa la alarma de alta presión durante la administración de la terapia I/V
- El dispositivo elastomérico o el sistema de gravedad no muestra reducción del volumen inicial, o esta reducción es más lenta de lo normal.

Causas posibles:

- Las pinzas de los tubos y/o del equipo de extensión pueden estar cerrados
- El catéter puede estar atorado en un vaso más pequeño o contra la pared de un vaso
- El catéter puede estar doblado
- La aguja puede no estar insertada totalmente o es muy corta
- El catéter puede estar ocluido debido a un precipitado del medicamento, una formación de fibrina en la punta del catéter o un coágulo

Soluciones posibles:

- Abra las pinzas de los tubos
- Coloque la cabeza y los hombros del paciente en otra posición
- Introduzca la aguja hasta que se sienta el fondo del portal o vuelva a acceder con una aguja de longitud adecuada
- Considere el cambio de la bomba de infusión, el tubo o el dispositivo elastomérico
- Con una jeringa de 10ml, irrigue con solución salina, alternando entre irrigación y aspiración
- Considere la administración de solución salina heparinizada

HUMEDAD ALREDEDOR O EN EL SITIO DE INTRODUCCIÓN

Signos y síntomas:

- Apósito húmedo
- Acumulación de líquido debajo del apósito
- Hinchazón debajo del apósito
- Fuga del fluido en el sitio del portal durante la palpación

Causas posibles:

- El apósito está expuesto a humedad excesiva
- La conexión entre el tapón de inyección y el conector puede estar floja
- Se puede haber desplazado la aguja
- Se puede haber introducido la aguja en el tejido circundante y no en el septum
- Se pudo haber dañado la integridad del septum y hay una fuga del fluido en el portal

Soluciones posibles:

- Pregunte al paciente sobre sus actividades más recientes
- Apriete la conexión entre el tapón de inyección y el conector
- Introduzca la aguja hasta que se sienta el fondo del portal o vuelva a acceder usando una aguja de longitud adecuada
- aspire sangre para determinar si la aguja está bien clorada

IMPORTANTE

- Acceda al sistema en condiciones de asepsia
- Use agujas con bisel Huber al acceder
- Inserte una aguja en forma perpendicular al septum portal
- Asegúrese que la aguja está dentro de la cámara del portal y que ha hecho tope en el piso de la cámara antes de comenzar a inyectar.
- No incline ni oscile la aguja luego que está dentro del portal
- No deje una vía de entrada abierta mientras la aguja está en la cámara del portal. Cuando accede a la cámara de inyección no lo haga con la aguja sola, siempre utilícela conectada a una jeringa u una tubuladura
- Nunca se maneje con mucha presión al administrar distintos fluidos a través del sistema
- Limpie el sistema con solución salina antes y después de cada infusión de drogas
- Verifique siempre que la punta de la aguja esté en condiciones
- Ante la presencia de resistencia al tratar de infundir, interrúmpala y verifique la presencia de oclusión en el catéter
- Evite el reflujo al retirar la aguja
- Debe dejar siempre los catéteres cerrados con heparina
- Se deben heparinizar los sistemas cada 20 días
- En los períodos de reposo no debe remplazar la solución salina por solución de dextrosa, ya que ésta es un caldo de cultivo para algunos microorganismos
- Se deberá curar cada 24 horas
- Al comenzar a usar un implante de este tipo deberá llevar registro de los usos, ya que tiene un máximo de vida útil de 2000 a 2500 punciones.

DESOCCLUSIÓN DEL BLOQUEO CON UROKINASA A ESTREPTOQUINASA

- 1- UROKINASA: reconstituir una ampolla de 25.000UI con 5ml de solución salina para lograr una concentración de 5.000UI por ml
ESTREPTOKINASA: diluir un frasco de 250.000UI en 10ml de SF. Se obtiene así una dilución de 25.000UI por ml. De esta dilución se toma 1cc y se vuelve a diluir con otros 9cc de SF
- 2- Empleando condiciones estrictamente estériles y una jeringa de 1 – 2ml, inyecte suavemente un pequeño volumen de la solución (de una u otra)
- 3- Espere 5 a 10 minutos
- 4- Intente aspirar el residuo del coagulo
- 5- Si es necesario repita los pasos 2, 3 y 4 a intervalos de 5' hasta que la permeabilidad del catéter y la circulación del fluido queden restablecidos
- 6- Luego que el catéter está desocluido, realice el lavado habitual y heparinicelo.
- 7- Este sistema de desoclusión no es utilizado habitualmente en nuestro país por el costo del mismo
- 8- En caso de un sistema port a cath, la obstrucción puede solucionarse por medio de la infusión repetida de pequeñas cantidades de solución salina efectuada con una jeringa de 30 – 50ml, con la precaución de mantener constante una presión positiva sobre el émbolo.

OBJETIVO

- Certificar la identidad del paciente fallecido y preparar su cadáver para ser transportado de la Sala a la Morgue.
- Asegurar las pertenencias del fallecido.

PERSONAL NECESARIO:

- Nurse.
- Auxiliar de enfermería.
- Auxiliar de servicios generales.

AMBIENTE FISICO

- El mismo que ocupaba el paciente, si estaba ubicado en aislamiento; en caso contrario se puede aislar por medio de un biombo, o bien si es posible, retirar el cuerpo a un ambiente alejado si es que la institución cuenta con él.
- De no ser así protegerlo de alguna manera de la vista de los demás pacientes.

EQUIPO:

- Equipo de baño en cama.
- Algodón.
- Venda.
- Mortaja.
- Leucoplasto.
- Tijera.
- Camilla sin colchoneta.
- Sabana o colcha para cubrir.
- Guantes de látex.

DIRECTIVAS GENERALES DEL CUIDADO.

- Ante la sospecha de fallecimiento de un paciente, mientras que la Nurse realiza el control de los signos vitales, dispone que la A.E llame a la guardia médica.
- Una vez comprobado el fallecimiento del paciente por el médico, la enfermera de sala prepara las constancias de fallecimiento: registros en la Historia Clínica, identificación del cadáver, nombre, edad, sexo, piso, fecha y hora de fallecimiento.
- Comunicación del fallecimiento a los servicios correspondientes. (Departamento de Enfermería para hacer registro y baja de padrón).
- Se dejará la H.C para el egreso por fallecimiento que deberá de hacer el médico de cabecera.
- Luego de ello se llevará la H.C a Admisión.
- Si el fallecido tiene acompañante, la enfermera le prestará apoyo sicoemocional necesario y orientará a los trámites a realizar, entregándole todas las pertenencias.

PROCEDIMIENTO

- Tener al cadáver ubicado en el lugar adecuado.
- Tener disponible todo el material necesario
- Trabajar siempre con guantes.
- Retirar todas las conexiones: tubuladuras, drenajes, oxígeno, etc.
- Retirar la ropa de cama que cubre el cadáver, las almohadas y de ser necesario la ropa del cuerpo.
- Tratar de colocar el cadáver decúbito dorsal, tratando que los párpados queden cerrados. Si no lo estuvieran sostenerlos en esa posición con trozos de algodón humedecidos.
- Acondicionar el cabello.
- Si tuviera prótesis dentales colocarlas en una bolsita y dar aviso al familiar que están junto al cadáver.
- Colocar la sábana debajo del cadáver.
- Colocar los brazos cruzados sobre el abdomen.
- Mantener unidas ambas piernas.
- Colocar en el cuello una tarjeta con los datos que identifique al cadáver.
- Cubrir el cadáver con la sábana comenzando por el extremo inferior de los pies; luego continuar en forma envolvente fijando la sábana con leucoplasto.
- Cubrir la final la cabeza pero no la cara. Esta la cubriremos con la colcha hasta llegar al depósito o morgue.

- Trasladamos el cadáver a la morgue siguiendo las disposiciones vigentes en la institución.
- Reacondicionar el ambiente y equipos usados.
- En caso de que el fallecido no tuviera acompañante, se entregan los valores y pertenencias en el departamento de vigilancia.

ANEXOS

PREPARACION PARA FCC

MACRO Y MICROGOTERO

MACROGOTERO

VOLUMEN TIEMPO	1000ml	500ml	250ml	125ml
24hs	14	7	3	-
18hs	18	9	5	2
12hs	28	14	7	3
8hs	42	21	10	5
6hs	56	28	14	7
4hs	83	42	21	10
2hs	167	83	42	21
1h	334	167	83	42
1/2h	668	334	167	83

MICROGOTERO

VOLUMEN TIEMPO	1000ml	500ml	250ml	125ml
24hs	42	21	10	5
18hs	54	27	14	7
12hs	83	42	21	10
8hs	125	62	31	16
6hs	167	83	42	21
4hs	250	125	62	31
2hs	500	250	125	62
1h	1000	500	250	125
1/2h	2000	1000	500	250

PREPARACIÓN PARA TAC EN PACIENTES ALÉRGICOS

CADA TRATAMIENTO DEBE ESTAR AVALADO POR EL MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE.

PACIENTE CON ESTUDIO DE COORDINACIÓN

PREDNISONA: 20mg v/o durante tres días previos, un comprimido diario, puede ser a la mañana, última dosis 2hs antes del estudio.

KALITRON: 8mg v/o cada 8 hs tres días previos, última dosis dos horas antes del estudio

PACIENTE CON ESTUDIO DE URGENCIA

PREDNISONA: 50mg v/o, 13 – 7 y 1 hora antes del estudio

KALITRON: 8mg v/o, 1 hora antes del estudio

REGLAMENTO COMERO

TUPPERS DE MATERIALES PARA FBC:

1. Balón de oxígeno con máscara.
2. Laringoscopio.
3. Ambú con máscara.
4. Adrenalina.
5. Xylo spray al 4 %.
6. Xylo líquido al 2 %.
7. Xylo viscosa.
8. Saturómetro.
9. Cidex alcohol.
10. Jabón enzimático.
11. Gasas.
12. Jeringas de 20cc, y de 5cc.
13. Set de aspiración y/o cultivo para el Fibrobroncoscopio.
14. Frascos para piezas de Anatomía patológica.
15. Aspirador (portátil o central).
16. Suero fisiológico.
17. Tapabocas común y N95.
18. Guantes estériles y limpios.
19. 2 riñones.
20. Campo estéril.
21. Valija de FBC (completo).

PROCEDIMIENTOS:

- Llevar el Fibrobroncoscopio a esterilizar en Centro de Materiales (completo), para desinfección de alto nivel. (Se encuentra en CTI).
- Preparar sistema de aspiración central o portátil, y Oxígeno central o balón. Incluir máscara y tubuladora.
- Reunir el material necesario en el lugar del procedimiento, (tupper).
- Posicionar al paciente semisentado en cama, otorgarle riñón descartable.
- Lavado de manos.
- Proporcionar vestimenta estéril al médico, instrumentar la misma.
- Instrumentar al médico con los materiales y /o medicación.
- Colocar saturómetro al paciente.
- Luego del procedimiento dejar en posición cómoda al paciente.
- Bajar material de FBC a centro de materiales.
- Descartar material usado según normas de descarte de residuos.
- Lavado de manos.
- Registro en historia clínica.

REQUISITOS PARA RECOLECCIÓN DE MUESTRAS

STOCK DE MATERIAL MEDICINA 2011

- Alargue llave de 3 vías.....15 unidades
- Abocath n°22.....10 unidades
- Abocath n°20.....15 unidades
- Abocath n°18.....10 unidades
- Abocath n°16.....5 unidades
- Abocath n°14.....4 unidades
- Spinocan n°19 y n°18.....2 unidades de c/u
- Mariposas n°23.....10 unidades
- Mariposas n°21.....15 unidades
- Mariposas n°19.....5 unidades
- Llave de 3 vías.....5 unidades
- Tapones de sonda vesical.....5 unidades
- Agujas n°20.....10 unidades
- Agujas n°25.....20 unidades
- Agujas n°23.....15 unidades
- Agujas n°21 G.....20 unidades
- Agujas n°21 2”.....10 unidades
- Agujas n°19.....5 unidades
- Tapones llaves de 3 vías.....25 unidades
- Sondas de aspiración.....8 unidades
- Seldinger.....1 unidad
- Sondas rectales.....3 unidades
- Macrogotos.....100 unidades
- Ambú.....2 unidades
- Aparato de presión para obesos.....1 unidad
- Guantes estériles.....2 pares de c/n°
- Coban.....1 unidad
- Setonet n°4 y 5.....1m de c/u
- Venda laminada.....1 unidad
- Venda de gasa.....1 unidad
- Jeringas de 20cc.....50 unidades
- Jeringas de 10cc.....70 unidades
- Jeringas de 5cc.....50 unidades
- Jeringas de insulina.....30 unidades
- Gasas estériles.....40 paquetes
- Riñones descartables.....20 unidades
- Hilo de seda.....1 de c/u
- Hojas de bisturí.....4 unidades

- Secador de cabello.....1 unidad
- Pilas grandes.....2 unidades
- Micropore.....4 unidades
- Leucoplasto.....1 unidad
- Guantes de latex.....1 caja
- Termómetros.....2 unidades
- Portaobjetos.....1 caja
- Esfingomanómetro.....1 unidad
- Linterna.....1 unidad
- Tapabocas.....1 caja
- Bajalenguas.....1 caja
- Nebulizadores.....10 unidades
- Tegaderm.....2 unidades
- Mechass iodoformadas.....2 unidades
- Gasas iodoformadas.....2 unidades
- Frascos estériles.....3 unidades
- Parche de duoderm.....1 unidad
- Torundas de algodón.....2 bolsas
- Glucometer.....1 unidad
- Set de bomba.....5 unidades
- Dosi flow.....5 unidades
- Sondass bequile nº14 y 16.....1 de c/u
- Cánula de traqueostomía
(Solo cuando tenemos pte traqueostomizado).....1 del número
del paciente, un nº más y uno menos
- TUPPER EXÁMEN NEUROLÓGICO
- TUPPER SONDA VESICAL
- TUPPER OXIGENOTERAPIA
- TUPPER SNG
- TUPPER AISLAMIENTO

STOCK DE SUEROS

- SG al 5% 1000cc.....10 unidades
- SG al 5% 500cc.....10 unidades
- SG al 5% 250cc.....10 unidades
- SG al 5% 100cc.....20 unidades
- Suero manitol al 15% 100cc.....5 unidades
- Suero dextrosa 10% 1000cc.....3 unidades
- SG al 30%.....3 unidades
- SB 1/6 molar 100cc.....5 unidades
- SB 1/6 molar 500cc.....5 unidades
- SRL 1000cc.....10 unidades
- SRL 500cc.....5 unidades
- SGF 1000cc.....15 unidades
- SGF 500cc.....10 unidades
- SF 1000cc.....20 unidades
- SF 500cc.....5 unidades
- SF 250cc.....5 unidades
- SF 100cc.....70 unidades
- Agua bidestilada 1000cc.....1 unidad
- Agua bidestilada 100cc.....50 unidades

STOCK DE MEDICACIÓN

- Valium..... 3 unidades
- Haloperidol15 unidades
- Sertal..... 3 unidades
- Dexametasona10 unidades
- Prostigmine2 unidades
- Morfina10 unidades
- Lanexate4 unidades
- Atropina5 unidades
- Miperat10 unidades
- Nootropil5 unidades
- Espasmonovemina5 unidades
- Furosemide10 unidades
- Konakion5 unidades
- DFH 5 unidades
- Primperan..... 10 unidades
- Dopamina5 unidades
- Amiodarona5 unidades
- Digoxil4 unidades
- Orudis10 unidades
- Heparina sódica1 unidad
- Clexane2 de c/u
- Hidrocotisona 100mg10 unidades
- Hidrocortisona 500mg5 unidades
- Ípsilon..... 4 unidades
- Buscapina5 unidades
- KCl10 unidades
- Kalitron..... 5 unidades
- Aminofilina4 unidades
- NaCl4 unidades
- Gluconato de calcio3 unidades
- Largactil2 unidades
- Nitroglicerina2 unidades
- Dobutamina3 unidades
- Suadolín2 unidades
- Insulina NPH1 unidad
- Insulina cristalina..... 1 unidad
- EPO 40002 unidades
- EPO 20002 unidades
- Branzol.....3 unidades

- Quimiofrán5 unidades
- Novemina.....10 unidades
- Dioxadol.....10 unidades
- Lidocaína al 1 y 2%.....1 de c/u
- Metilprednisolona.....1 unidad
- Fluconazol.....1 unidad
- Ranitidina.....10 unidades
- Tramadol.....10 unidades
- Hierro sacarato.....2 unidades
- ATB 1 unidad de c/u
 - Cipro
 - Metronidazol
 - Imipenem
 - Unasyn 1,5
 - Meropenem
 - Ceftriaxona
 - Cefotaxime
 - Bactrim
 - Sefril
 - Cefazolina
 - Ceftazidime
 - Penicilina 5 millones
 - Vancomicina
 - Claritromicina
 - Clindamicina
 - Gentamicina