

Manual de Intervenciones Enfermeras

PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS



Depósito Legal: H-325-2009
Edita: Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva
ISBN: 978-84-692-7890-1
Diseño: Estudio Aurea Creaciones
Imprime: Artes Gráficas Bonanza



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Los procedimientos de enfermería constituyen uno de los pilares básicos, que de alguna manera determinan, el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados, nuestro Hospital necesitaba poner al día estos procedimientos, y ofrecer así, una guía que mejorase la variabilidad en la práctica clínica, adecuándose a los nuevos escenarios del Plan de Atención Ciudadana y que sirviera de horizonte a todos aquellos profesionales que se enfrentan de distinta forma, al difícil arte de cuidar.

No cabe duda que este manual debe de ir acompañado de una buena práctica profesional, orientada a lo más nuclear de nuestro trabajo, "el enfermo y su familia", poniendo nuestros conocimientos al servicio de la salud y construyendo un sistema sanitario más justo para todos.

Por todo ello quiero agradecer y felicitar en general, a todos los profesionales de nuestra división por su esfuerzo diario, y en particular a aquellos que han hecho posible que este manual sea publicado en los términos del compromiso que adquirimos, resta decir que el camino emprendido en estas y muchas otras cuestiones, deben conducir a que nuestro Hospital sea reconocido socialmente, para ello debemos tener sentido de pertenencia y así poder contribuir con nuestra actitud a ser mejor valorados por los ciudadanos.

Finalmente espero que este manual sirva a todos y que todos aporten sus ideas para mejorarlo y actualizarlo de manera permanente.

José Antonio Alfonso Maestre
Director de Enfermería
2009

COORDINAN.

Santiago Teso Manzano.
Enfermero de Gestión de Casos.

Camelia García Fernández.
Responsable de Formación Continua.

AUTORES.

Francisco Cobo Rodríguez
Mar Frades de la Viuda
Beatriz Martín Sánchez
Rocío Guisado Morán
Ignacio Vázquez Gómez
Camelia García Fernández
Santiago Teso Manzano
Mercedes Quintero del Toro

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO
TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD
TRASLADO DEL PACIENTE A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, EXPLORACIONES E INTERVENCIONES
TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO
RECEPCIÓN DEL PACIENTE TRAS EXPLORACIONES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
ALTA DEL PACIENTE
ALTA VOLUNTARIA
ALTA VOLUNTARIA POR EXTREMA GRAVEDAD
CUIDADOS POST MORTEM

Campo Fisiológico. A. CONTROL DE ACTIVIDAD EJERCICIO

0140. FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES
0180. MANEJO DE LA ENERGÍA
0202. FOMENTO DEL EJERCICIO
0221. TERAPIA EJERCICIOS: AMBULACIÓN
0224. TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR

Campo Fisiológico. B. CONTROL ELIMINACIÓN

0420. IRRIGACIÓN INTESTINAL (APLICACIÓN DE ENEMAS)
0450. MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO / IMPACTACIÓN
0550. IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA. LAVADO VESICAL CONTINUO POR UROLOGÍA
0550. IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA. LAVADO VESICAL PUNTUAL POR OBSTRUCCIÓN
0580. SONDAJE VESICAL
1876. CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO. MANTENIMIENTO DE LA SONDA VESICAL

Campo Fisiológico. C. CONTROL DE LA INMOVILIDAD

0740. CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO
0840. CAMBIO DE POSICIÓN

Campo Fisiológico. D. APOYO NUTRICIONAL

1050. ALIMENTACIÓN
1056. ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA
1080. SONDAJE GASTROINTESTINAL
1160. MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL
1200. ADMINISTRACION DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL
1860. TERAPIA DE DEGLUCIÓN
1874. CUIDADOS DE LA SONDA GASTROINTESTINAL
5614. ENSEÑANZA DIETA PRESCRITA

Campo Fisiológico. E. FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA

1400. MANEJO DEL DOLOR

6482. MANEJO AMBIENTAL. CONFORT

Campo Fisiológico. F. FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS

1650. CUIDADO DE LOS OJOS

1660/1680. CUIDADO DE LOS PIES Y DE LAS UÑAS

1660/1680. CUIDADO DE LOS PIES Y DE LAS UÑAS. DIABÉTICOS. NEUROPATÍA

1670. CUIDADO DEL CABELLO

1710. MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

1750. CUIDADOS PERINEALES

1800. AYUDA A LOS AUTOCUIDADOS

Campo Fisiológico. G. CONTROL ELECTROLITOS Y ÁCIDO-BASE

2080. MANEJO DEL LÍQUIDOS / ELECTROLITOS

2120. MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA

2130. MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA

Campo Fisiológico. H. CONTROL FÁRMACOS

2300. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN. Normas de administración segura de fármacos

2304. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL

2308. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: OTICA

2310. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: OFTÁLMICA

2311. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INHALACIÓN

2312. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRADÉRMICA

2313. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMUSCULAR

2314. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA

2315. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL

2316. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA

2317. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: SUBCUTÁNEA

Campo Fisiológico. K. CONTROL RESPIRATORIA

3160. ASPIRACIÓN DE VÍAS AÉREAS

3230. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

3250. MEJORAR LA TOS

3300. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

3300. PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE CPAP DE BOUSSIGNAC

3320. OXIGENOTERAPIA

Campo Fisiológico. L. CONTROL DE LA PIEL / HERIDAS

3440. CUIDADOS DEL SITIO DE LA INCISIÓN

3584 / 3583. CUIDADOS DE LA PIEL: INJERTO-DONANTE

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

3660. CUIDADOS DE LAS HERIDAS. CURA HERIDA QUIRÚRGICA CERRADA

CUIDADOS DE LAS HERIDAS INFECTADAS

3663. CUIDADOS DE LAS HERIDAS, DRENAJE CERRADO

3680. CUIDADOS DE LAS HERIDAS INFECTADAS E IRRIGACIÓN

Campo Fisiológico. N. CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR

2240. MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO. (M- DAV)

4190. PUNCIÓN INTRAVENOSA (CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS / CENTRALES)

4200. TERAPIA INTRAVENOSA

4232. FLEBOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL (GASOMETRÍA)

4235. FLEBOTOMÍA: vía canalizada, extracciones de analítica en sangre periférica

4238. FLEBOTOMIA: MUESTRA DE SANGRE VENOSA

Campo Conductual. O. TERAPIA CONDUCTUAL

4380. ESTABLECER LÍMITES

4410. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES

4420. ACUERDO CON EL PACIENTE

4490. AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR

Campo Conductual. Q. POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

4920. ESCUCHA ACTIVA

Campo Conductual. R. AYUDA PARA HACER FRENTE A SITUACIONES DIFÍCILES

5220. POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

5230. AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

5240. ASESORAMIENTO

5270. APOYO EMOCIONAL

5290. FACILITAR EL DUELO

5340. PRESENCIA

5350. DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS POR TRASLADO

5400. POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

5440. AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO

7110. FOMENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

Campo Conductual. S. EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES

5510. EDUCACIÓN SANITARIA

Campo Seguridad. V. CONTROL DE RIESGOS

3540. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

6486. MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD

6490. PREVENCIÓN DE CAÍDAS

7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL

7110 FOMENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO



OBJETIVOS

- Conseguir la adaptación del paciente y/o familia al medio hospitalario en el menor tiempo posible, con un trato personalizado y humano.
- Ofrecer la información que precise el paciente y/o familia.



PERSONAL

- Supervisor/a
- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Información: normas de la unidad (boletín informativo).
- Historia completa.
- Registros de Enfermería.
- Brazaletes de identificación del paciente cuando se precise.
- Champú.
- Compresas tocológicas según necesidades detectadas.
- Empapador - cubrecamas.
- Esponja.
- Pañales.
- Papel higiénico.
- Pastilla de jabón.
- Peine.
- Vaso de u.s.u.
- Equipo.
- Cama cerrada.
- Cuña.
- Habitación y armario limpios.
- Libro de registros de la unidad.
- Mesita auxiliar, sillón, silla, luz y timbre en perfectas condiciones.
- Orinal caballero.
- Palangana.
- Ropa: pijama o camisón, toalla.



PROCEDIMIENTO

- Acompañar y acomodar al paciente y familia en la habitación, confirmando identidad.
- Presentarse al paciente y /o familia.
- Entregar el boletín informativo de la unidad, aclarando posibles dudas tanto al paciente como a la familia.
- Mostrar el medio físico al paciente y enseñarle su correcta utilización.
- Proporcionar utensilios de aseo personal y pijama o camisón.
- Confeccionar la historia del paciente según protocolo de la unidad.
- Anotar en el libro de registro: fecha, hora, nombre completo, unidad de procedencia, especialidad a la que se destine y nº de historia
- La Supervisora de Enfermería se presentará al paciente y/o familia dentro de las primeras 24 - 48 horas después del ingreso, quedando registrado en la hoja evolución de Enfermería.
- Registrar en la hoja de evolución de Enfermería la cumplimentación de este procedimiento.



OBSERVACIONES

- El contenido de la información debe de estar coordinado entre los profesionales del equipo de salud para evitar contradicciones en el proceso informativo.
- En las ocasiones que se requiera se identificará al paciente con una pulsera colocada en la muñeca. (Ej.: neonatos, lactantes, niños, puérperas...). Recomendado siempre.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Criterio: Todo paciente ingresado tendrá el boletín informativo.
Indicador: nº de pacientes ingresados en el hospital/nº de registros en las incidencias.
Standard: 90%.
Auditado: 20 ingresos de pacientes en el hospital.



BIBLIOGRAFÍA

- Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.1988.Pág. 1.
- Knight Macheca, M. K.. Ingreso de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 3 -13.
- Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid.1994.Pág. 322,323.
- Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 7.
- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
- Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 7-40.
- Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 348-384.
- De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 24-26, 83-94.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO



OBJETIVOS

Identificar las necesidades de cuidados del paciente según modelo de V.H., para iniciar el Plan de Cuidados individualizado, y en especial aquellos que requieran cuidados avanzados por su dependencia y/o riesgo (caídas, deterioro, malnutrición,...).



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Hoja de valoración inicial de Enfermería del Hospital.
- Impreso de petición de dietas a cocinas.
- Impreso de petición de medicamentos a farmacia.
- Registros de enfermería.



PROCEDIMIENTO

- Se asignará enfermera referente al ingreso del paciente según algoritmo de asignación de la unidad.
- Preparar la relación terapéutica para la entrevista y realizarla con clima de confianza y calidez, con conductas generadoras de empatía.
- Preservar su intimidad, privacidad y confidencialidad.
- Debe ser aceptado por el paciente y reafirmado en los problemas de salud.
- Explicar al paciente el objetivo, dirigiéndonos a él por su nombre, y nuestro papel.
- Recoger los datos ordenadamente para poder transferir información.
- Transferir la información al registro en las primeras 24 horas identificando los problemas de salud más relevantes para el paciente.
- Cursar las copias de los impresos de petición en el primer turno pautados.
- Pautar los cuidados según los problemas detectados en el registro adecuado.
- Pautar la medicación prescrita en el registro adecuado.
- Pautar la alimentación, si procede, en el registro adecuado.



CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio de calidad: Todo paciente ingresado con más de 5 días de ingreso estandarizado por GDR tendrá realizada la valoración.

Indicador: n° de ingresos con $GDR > 5$ DÍAS de ingreso/ n° de valoraciones.

Standard: 80%.

Auditado: 20 historias con GDR de más de 5 días de ingreso.



BIBLIOGRAFÍA

- Dirección de enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de procedimientos. Córdoba 2007. Pág. 26-27.
- MacCloskey Dochterman Joanne, Bulechek Gloria M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Ed. Editorial Mosby 2005.

TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD



OBJETIVOS

Realizar el traslado del paciente a otra Unidad del Hospital en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.
- Celador.



MATERIAL

- Bolsa para residuos.
- Historia del Paciente.
- Impreso de traslado.
- Impreso para Ambulancia.
- Impresos a Cocina y Farmacia.
- Material de Cama cerrada.
- Material de oxigenoterapia, si precisa.
- Material de sueroterapia, si precisa.
- Carro de ropa sucia.
- Enseres del paciente.
- Equipo de Cama cerrada.
- Equipo de oxigenoterapia, si precisa.
- Equipo de sueroterapia, si precisa.
- Libro de registro de la unidad.
- Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora o cama según estado del paciente.



PROCEDIMIENTO

- Comunicar al paciente y familiares el traslado y causas del mismo con suficiente antelación, para la organización familiar.
- Cursar el impreso de traslado al Servicio de Admisión.
- Cursar el impreso de ambulancia, si precisa.
- Recopilar Historial Clínico y anotar en Registro de Enfermería las Pruebas complementarias pendientes de realizar o recibir resultados.
- Valorar el estado general del paciente, para escoger el medio de transporte.
- Comprobar el buen estado de higiene del paciente y cama. Revisar drenajes, sondas, sueros, etc. si los tuviera.
- El celador trasladará al paciente acompañado por el personal de Enfermería, según necesidades del paciente por indicación del médico.
- Entregar Historia Clínica en la Unidad receptora.
- Complimentar el libro de registro de la unidad de procedencia.
- Cursar la baja en la planilla de cocina y en la hoja de medicación de monodosis (si la hubiera).
- Verificar la devolución de los medios utilizados para el traslado del paciente.
- Recoger y limpiar la habitación.
- Realizar procedimiento de cama cerrada.
- Comunicar al Servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

CRITERIOS DE CALIDAD



Todo enfermo se trasladará lo menos posible.

INDICADOR: Todo enfermo trasladado estará ingresado en la habitación de traslado más de 72 horas.

Standard: 90%.

Auditado: libro de las unidades; 20 pacientes trasladados.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.1988. Pág. 4.
- Sorrentino, S.A.. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A.. Madrid. 1994. Pág. 331,332.
- Knight Macheca, M. K.. Traslado de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..
- Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág.13-16.
- Buchda, V.; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995.Pág. 7.
- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 41.
- Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 9.
- Dirección de enfermería Hospital Universitario Reina Sofia.

TRASLADO DEL PACIENTE A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, EXPLORACIONES E INTERVENCIONES



OBJETIVOS

Realizar el traslado del paciente a otra Unidad del Hospital (donde se le efectuarán pruebas complementarias, exploraciones o intervenciones) en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.
- Celador.



MATERIAL

- Autorización para la prueba solicitada.
- Historia clínica completa.
- Impreso de petición de ambulancia, si precisa.
- Impreso de solicitud de la prueba.
- Material de oxigenoterapia, si precisa.
- Material de sueroterapia, si precisa.
- Equipo de oxigenoterapia, si precisa.
- Equipo de sueroterapia, si precisa.
- Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora o cama según el paciente determinado por la enfermera responsable de la atención ese turno.



PROCEDIMIENTO

- Verificar los datos de identificación del paciente con los de la prueba solicitada.
 - Informar al paciente y/o familia.
 - Comprobar y adjuntar autorización firmada para la prueba.
 - Cursar impreso de ambulancia, si precisa.
 - Comprobar la correcta higiene del paciente y cama.
 - Preparar al paciente para su traslado.
 - Revisar sueros, colocarlos sobre un soporte y garantizar el ritmo de perfusión.
 - Observar la correcta posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si fuera necesario.
 - Adjuntar documentación precisa según protocolo de la prueba.
 - El celador trasladará al paciente acompañado del personal de Enfermería, según necesidades del paciente.
 - El personal del Servicio o Unidad de recepción asumirá la responsabilidad de los cuidados del paciente durante la realización de la prueba. Registrará los cuidados realizados durante la misma.
 - Comprobar las condiciones de higiene, posición de catéteres, drenajes, etc., a la vuelta del paciente a la unidad.
 - Una vez recibido el paciente en la unidad de origen tras la realización de la prueba, se registrará en hoja de Enfermería las incidencias y evolución del paciente durante la realización de la misma (comunicadas por el personal de la unidad donde se ha realizado la prueba).
- Ej.: alergias a contrastes, desfallecimientos...



CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio: Todo paciente que requiera traslado se comprobará la identificación del paciente para que corresponda con la prueba a efectuar.

INDICADOR CENTINELA.

Se realizará un análisis causa-raíz en todo paciente que al llegar a la prueba no se realice por diferencias en la identificación.

Auditado: se comunicará a la supervisión del servicio donde se identifique el suceso, para analizar el hecho acaecido. REGISTRO DE LAS SUPERVISORAS.

123
ABC

BIBLIOGRAFÍA

- Knight Macheca, M. K. Traslado de los clientes .En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 13-16.
- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
- Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 9-40.
- Dirección de Enfermería Hospital Reina Sofía.

TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO



OBJETIVOS

Realizar el traslado del paciente a otro centro en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.
- Administrativo/a.



MATERIAL

- Bolsa para residuos.
- Impreso de alta.
- Impreso de Cocina.
- Impreso de Farmacia.
- Impreso de petición de ambulancia.
- Informe médico de alta y de Enfermería al alta.
- Material de Cama cerrada.
- Material de Oxigenoterapia, si precisa.
- Material de sueroterapia, si precisa.
- Carro de ropa sucia.
- Equipo de Cama cerrada.
- Equipo de O2, si precisa.
- Equipo de sueroterapia, si precisa.
- Libro de registros de la unidad.
- Silla de ruedas o cama según estado del paciente.



PROCEDIMIENTO

- Comprobar la identidad del paciente.
- Comunicar el traslado al paciente y familiares con antelación.
- Confirmará con Gestoría de Usuarios el traslado y tramitar impreso de petición de ambulancia, la administrativa de la unidad
- Preparar al paciente para el traslado.
- Entregar al paciente y/o familia el informe de Enfermería al alta.
- Anotar en el registro de pacientes: fecha, hora y lugar de traslado.
- Verificar la devolución del equipo utilizado para el traslado.
- Organizar la historia del paciente para su traslado al Servicio de Archivos.
- Complimentar los impresos para dar de baja en Cocina y Farmacia.
- Recoger y limpiar la habitación, servicio de limpieza.
- Cuidados enfermeros al traslado si está indicado por el médico.
- Realizar procedimiento de Cama cerrada.
- Comunicar al Servicio de Admisión la disponibilidad de la cama y a la supervisora.



CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio: Todo traslado tendrá ICC.

Indicador: Todo traslado a la BP tendrá ICC. nº traslados / nº ICC.

Standard: 50%.

Auditado: el supervisor de guardia anotará las incidencias de la no disponibilidad.

123
ABC

BIBLIOGRAFÍA

- Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma.S.A. Barcelona.1988.Pág. 5.
- Knight Macheca, M. K. Traslado de los clientes .En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 13 - 16.
- Sorrentino, S.A. Enfermería práctica. 3ª Ed.. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 331,332.
- Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág.7.
- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
- Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 9-40.
- Dirección de enfermería Hospital Reina Sofía. PROTOCOLOS GENERALES.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE TRAS EXPLORACIONES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS



OBJETIVOS

Recibir al paciente manteniendo la continuidad de los cuidados y garantizando la seguridad.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Historia clínica completa.
- Material de oxigenoterapia, sueroterapia, si precisa.
- Material de aspiración, drenaje, si lo precisa.
- Registros.
- Equipo de oxigenoterapia, sueroterapia, si precisa.
- Equipo de aspiración, drenaje, si lo precisa.
- Cama articulada, con accesorios.



PROCEDIMIENTO

- Recibir al paciente por la enfermera/o responsable asignada/o.
- Verificar los datos de identificación del paciente
- Acompañar al paciente hasta su instalación definitiva en su habitación, solicitando a los familiares la espera en la zona indicada para ello, hasta finalizar el procedimiento.
- Disponer los soportes, conexiones, etc. para los dispositivos y elementos terapéuticos y revisar sueros para garantizar ritmo de perfusión.
- Observar la correcta posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si fuera necesario.
- Revisar la historia clínica ajustando tratamientos y cuidados específicos.
- Realizar valoración de necesidades básicas a la recepción y compararla con la valoración al ingreso, adecuando los cuidados a las alteraciones detectadas.
- Observar coloración del paciente y estado neurológico.
- Tomar constantes si fuera necesario.
- Controlar, medir y anotar el débito de los drenajes si los hubiera.
- Facilitar el acceso moderado de los familiares, si las condiciones generales del paciente lo permite, contestando a las preguntas relacionadas con los cuidados de enfermería.
- Se registrará en hoja de Enfermería las incidencias y evolución del paciente durante la realización de la prueba (comunicadas por el personal de la unidad donde se ha realizado la exploración).
- Revisar historia por si hay modificaciones en las indicaciones y conocer la intervención que se le ha realizado para manejar al paciente.
- Avisar al enfermero de enlace si los pacientes son dependientes.



CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio: Todo paciente de alta llevará el ICC.
Indicador: nº pacientes altas / nº ICC.
Standard: 75%.
Auditado: 20 historias de pacientes de alta.

123
ABC

BIBLIOGRAFÍA

- D'Avis, C. R. Cuidado postoperatorio del cliente quirúrgico. En Perry, A.G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 1090 -1099.
- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 10.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
- Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 9-40.
- Dirección de enfermería del Hospital Reina Sofía. Protocolos generales.

ALTA DEL PACIENTE



OBJETIVOS

Reincorporar al paciente a su medio habitual, procurando la continuidad de los cuidados.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Bolsa de residuos.
- Impreso para ambulancia si el enfermo lo requiere.
- Impreso para Cocina.
- Impreso para Farmacia.
- Informe de Enfermería al alta (ICC).
- Informe Médico de Alta.
- Material para Cama cerrada..
- Medicación y material de cura, si precisa, hasta que lo consiga en su centro de referencia.
- Parte de Alta.
- Registros de Enfermería.
- Carro de ropa sucia.
- Carro de ruedas, o camilla según precise.
- Equipo para Cama cerrada.
- Libro de registro de la unidad.



PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente y familia del alta con suficiente antelación.
- Cursar impreso de ambulancia, si precisa, la administrativa.
- Entregar informe de Enfermería al alta, revisando con el paciente y familia los cuidados de Enfermería que deberá continuar fuera del hospital.
- Entregar medicación y material necesario, si precisa, para la continuidad del tratamiento/cuidado durante las primeras 24 horas.
- Despedir al paciente y su familia.
- Anotar el Alta en el libro de Registro de la Unidad y en la Hoja de Evolución de Enfermería.
- Cursar impreso de Alta al Servicio de Admisión.
- Recoger la historia clínica para enviar al Servicio de Archivos.
- Complimentar y cursar los impresos de baja a Cocina y Farmacia (si los hubiera).
- Recoger y limpiar habitación, servicio de limpieza.
- Realizar procedimiento de cama cerrada.
- Avisar al Servicio de Admisión de la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.

CRITERIOS DE CALIDAD



Criterio: Admisión dispondrá de la información a la mayor brevedad posible.
Indicador de análisis de funcionamiento.
Auditado: incidencias de admisión/supervisores.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.1988.Pág. 6,7.
- Knight Macheca, M. K. Alta hospitalaria de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 16 - 23.
- Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid.1994.Pág. 331,332.
- Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 20.
- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 16,17.
- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 25.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 37-45.
- Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 8.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Protocolos generales.

ALTA VOLUNTARIA



OBJETIVOS

Facilitar al paciente la documentación legal necesaria para su salida del centro hospitalario cuando éste demande el alta.



PERSONAL

- Due.
- Auxiliar de enfermería.
- Celador.



MATERIAL

- Bolsa para residuos.
- Impreso de Alta.
- Impreso de Alta Voluntaria (Por triplicado)
- Impreso de Cocina.
- Impreso de Farmacia
- Material de Cama cerrada.
- Carro de ropa sucia.
- Carro de ruedas o camilla, si precisa.
- Equipo de Cama cerrada.
- Libro de Registro de la Unidad.



PROCEDIMIENTO

- Avisar al médico responsable.
- Complimentar impresos de Alta.
- Entregar el impreso de alta voluntaria al enfermo o familiar más directo, para su firma.
- Despedir al paciente y/o familia.
- Anotar en registro de Enfermería, la hora del Alta y la fecha.
- Anotar en Registro de la Unidad.
- Cursar baja a Cocina y Farmacia.
- Cursar impreso de alta y alta voluntaria al servicio de Admisión.
- Recoger y limpiar la habitación, servicio de limpieza.
- Hacer cama cerrada.
- Comunicar al servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.



CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio: Admisión dispondrá de la información a la mayor brevedad posible.
Indicador de análisis de funcionamiento.
Auditado: incidencias de admisión/supervisores.

- Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.1988.Pág. 6,7.
- Knight Macheca, M. K. Alta hospitalaria de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 16 -23.
- Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 331,332.
- Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 20.
- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 17,18.
- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 43.
- Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 8.
- Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía. Protocolos generales. Servicio Andaluz de Salud.

ALTA VOLUNTARIA POR EXTREMA GRAVEDAD



OBJETIVOS

Facilitar al paciente y/o familia la documentación legal necesaria para la salida del centro hospitalario procurando la continuidad de los cuidados.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Bolsa para residuos.
- Impreso de Alta Voluntaria (triplicado).
- Impreso de Alta.
- Impreso para ambulancia.
- Impreso para Cocina.
- Impreso para Farmacia.
- Informe Médico de alta.
- Informe de Enfermería al Alta.
- Material de Cama.
- Material de sueroterapia, oxigenoterapia, etc. según necesidades.
- Medicación y material de cura si precisa.
- Carro de ropa sucia.
- Carro de ruedas o camilla.
- Equipo de Cama cerrada.
- Equipo de sueroterapia, oxigenoterapia, etc. según necesidades.
- Libro de registro de la unidad.



PROCEDIMIENTO

- Avisar al médico responsable.
- Entregar el impreso de Alta Voluntaria al enfermo o familiar más directo para su firma.
- Cursar el impreso de ambulancia.
- Entregar informe de Enfermería al Alta, revisando con el paciente y familia los cuidados de Enfermería que deberá continuar fuera del hospital.
- Entregar medicación y material de cura si precisa para la continuidad del tratamiento.
- Despedir al enfermo y/o familia.
- Anotar en la hoja de Evolución de Enfermería fecha y hora de alta.
- Anotar en el libro de registro la fecha y hora de alta.
- Cursar impresos de Alta y Alta voluntaria al servicio de Admisión.
- Complimentar y cursar impresos de baja para Cocina y Farmacia, si los hubiera.
- Organizar la Hª clínica para su envío al servicio de archivos.
- Recoger y limpiar habitación, servicio de limpieza.
- Hacer cama cerrada.
- Comunicar al servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

CRITERIOS DE CALIDAD



Criterio: Admisión dispondrá de la información a la mayor brevedad posible.
Indicador de análisis de funcionamiento.
Auditado: incidencias de admisión/supervisores.

BIBLIOGRAFÍA

123
RBC

- Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.1988.Pág. 6,7.
- Knight Macheca, M. K. Alta hospitalaria de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 16 -23.
- Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid.1994.Pág. 331,332.
- Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 20.
- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 17,18.
- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 43.
- Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 8.
- Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía. Protocolos generales. Servicio Andaluz de Salud.

CUIDADOS POST MORTEM



OBJETIVOS

Asegurar los cuidados necesarios para mantener la integridad del cadáver, así como la atención a la familia en el proceso de duelo hasta su traslado al Tanatorio.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería.
- Celador/a.



MATERIAL

- Algodón.
- Bata u.s.u. no estéril.
- Bolsas para residuos
- Esparadrapo de tela.
- Esponja.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Impreso de Alta.
- Impreso para Cocina.
- Impreso para Farmacia.
- Impreso para Traslado Urbano.
- Jeringas de 10 cc.
- Mascarilla quirófano.
- Material de Cama cerrada.
- Sudario.
- Biombo.
- Libro de registro de la Unidad.
- Palangana.
- Pinzas.
- Tijeras.
- Toalla.



PROCEDIMIENTO

- Notificar al médico de guardia.
- Solicitar a la familia que abandone la habitación, proporcionándole los cuidados siguiendo con en el proceso del duelo y facilitándole los servicios espirituales que requiera.
- Trasladar al paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación. Si no es posible, aislarlo mediante un biombo.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar todo el material y trasladarlo a la habitación.
- Colocarse guantes.
- Realizar higiene del cadáver, retirando sondas, catéteres, drenajes...
- Taponar suficientemente los orificios naturales, heridas y cavidades.
- Cubrir el cadáver según las normas del hospital. Si la familia lo demanda, se facilitará que puedan vestir con sus ropas al cadáver.
- Retirarse los guantes.
- Recoger y entregar todas las pertenencias del fallecido a los familiares y permitirles si lo desean permanecer junto al difunto durante unos minutos, para despedirse.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en hoja de Enfermería la fecha y hora exacta del éxitus.
- Anotar en el libro de registro de la Unidad.
- Retirar la historia clínica completa para su envío al servicio de Archivos.
- Identificar el cadáver con: nombre, fecha, hora y unidad de procedencia.



PROCEDIMIENTO

- Preparar el traslado al mortuario y cursar el impreso de Traslado Urbano, si precisa.
- Complimentar y cursar impresos de baja a Cocina y Farmacia.
- Recoger y limpiar la habitación, servicio de limpieza.
- Hacer cama cerrada.
- Comunicar al servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.
- En caso de que el fallecido sea infeccioso, seguir el procedimiento de Medicina Preventiva.
- En caso de solicitud de necropsia, no retirar catéteres, sondas ni drenajes.
- Adjuntar autorización a la Hª. Clínica.

OBSERVACIONES

- En caso de que el fallecido sea infeccioso, seguir el procedimiento de Medicina Preventiva.
- En caso de solicitud de necropsia, no retirar catéteres, sondas ni drenajes.
- Adjuntar autorización a la Hª. Clínica.



CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio: Se facilitará el duelo a la familia.

INDICADOR CENTINELA.

Auditado: no existirá ninguna reclamación en referencia al proceso de duelo postmortem.



BIBLIOGRAFÍA

- Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.1988.Pág. 8,9.
- Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid.1994.Pág. 469 - 470.
- Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 236.
- Fdez. Álvarez, V. Atención de Enfermería al paciente terminal. Ayuda al paciente y familia frente al dolor y la muerte. En: Beltrán Chacón, A; Ponce
- Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 189,190.
- Breckinridge, P. Cuidados del cuerpo después de la muerte. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 1374 -1377.
- Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 26.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 47-52.
- Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 214.
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofia. Protocolos generales. Córdoba. SAS.
- Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 870-894.
- De Brunner, Suddart. Enfermería Médico-Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 160-164.

0140

FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES

DEFINICIÓN



Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las ABVD (actividades básicas de la vida diaria). Para evitar la fatiga, la tensión o lesiones músculo-esqueléticas.

OBJETIVOS



Instruir y educar para la corrección de posturas y actividad ejercicio prescrito.

PERSONAL



Enfermera/o.

MATERIAL



Material a instruir: andador, muletas, empezar a caminar, inmovilización.

PREPARACIÓN DEL PERSONAL



Tener todo el material preparado antes de empezar.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE



Acuerdo con el paciente sobre la actividad a realizar, antes de iniciar.

DESCRIPCIÓN DE ETAPAS



- Determinar el grado de comprensión del paciente para aprehender las indicaciones, si Pfeiffer mayor a 4 no utilizar esta intervención sin los cuidadores. .
- Colaborar con fisioterapia si la enfermera referente lo considera.
- Determinar si comprende el plan.
- Instruir sobre las posiciones en el movimiento y uso del cuerpo al moverse (erguido con el andador, mirando al frente y no al suelo)
- Instruir sobre necesidad de corregir posturas para evitar lesiones.
- Colocar almohadas u otros objetos para corregir posturas, en manos, pies y todo el cuerpo.
- Ayudar a colocar en posiciones alineadas y adecuadas en la cama.
- Evitar que el paciente se sienta en la misma posición durante periodos muy largos.
- Enseñar a echar el peso del cuerpo sobre un pie y luego sobre el otro si procede.
- Enseñar a mover primero los pies y luego el cuerpo para girar y cambiar de posición en bipedestación.
- Enseñar a la cuidadora/paciente a identificar las posturas y movimientos adecuados e inadecuados.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Instruir sobre frecuencia y nº de veces que debe realizar el ejercicio o postura.
- Controlar la correcta posición y la mejoría.
- Proporcionar información sobre las posibles causas del dolor muscular relacionadas con la inmovilidad y la posición.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Reflejar los avances conseguidos.



PRECAUCIONES

Evaluar siempre el riesgo de caídas y de lesión en estos pacientes, utilizando escalas validadas.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Registrar la evolución de la posición/ejercicios indicando las características.
- Si existe algún dato que indique un riesgo para el paciente anotarlo en hª enfermera.



PROBLEMAS POTENCIALES

Caídas y lesiones osteomusculares.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Anotar las características de la posición en todos pacientes con Barthell 0-20 y con Braden alto, en todos los cambios de posición.
- Verbalizarán los cuidadores las posibles complicaciones de la inmovilidad y alineación incorrecta, identificando en la medida de lo posible a la cuidadora principal.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luis Rodrigo
- NIC



CRITERIOS DE RESULTADO

Reducir los riesgos inherentes a una mala alineación.



DEFINICIÓN

Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones corporales



OBJETIVOS

Enseñar al paciente y a sus familiares técnicas para control de su energía y de autocuidados que mejoren el consumo de oxígeno.



PERSONAL

Enfermera referente.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Determinar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente.
- Determinar las causas de la fatiga.
- Relación terapéutica con la persona y/o su cuidador.
- Planificar y organizar con el paciente/cuidadora las actividades juntos, realizando las actividades despacio y descansando frecuentemente.
- Inicialmente concentrarse las actividades más básicas y que le provoquen menor disnea.



MATERIAL

Hª de enfermería.



PROCEDIMIENTO

- Controlar la ingesta nutricional (anotar raciones de ingesta por comida).
- Controlar al paciente y determinar que provoca la fatiga (por ejemplo si sube escaleras, aumento de la disnea).
- Vigilar la respuesta hemodinámica a la actividad (pulso con frecuencia cardíaca).
- Controlar y anotar las horas del sueño del paciente.
- Manejo del dolor.
- Determinar periodos de no actividad: después de las comidas, visitas.
- Favorecer el reposo antes de iniciar la actividad y a programar periodos de descanso, evitando actividades de cuidados en estos periodos.
- Favorecer la actividad física coherente con sus necesidades en los periodos programados de mas energía.
- Controlar los efectos de los sedantes.
- Enseñar al paciente y a sus familiares técnicas para controlar la energía y de autocuidados que mejoren el consumo de oxígeno.
- Instruir a reconocer los síntomas y signos que requieren disminución de la actividad.
- Instruir en la realización de las actividades programando para cuando tenga mas energía.

Ante un aumento de la disnea:

- Parar y descansar cómodamente
- Enseñar a usar la medicación que le han prescrito (inhaladores, vasodilatadores,...).
- Inspire y espire con los labios fruncidos.
- Descanse por lo menos 5 minutos.



PROCEDIMIENTO

Para subir escaleras

- Detenerse al comenzar e inspirar a capacidad pulmonar total.
- Subir mientras se espira.
- Pararse al final de la espiración y repetir el proceso.

Ir de compras

- Planificar las compras para evitar dar viajes innecesarios.
- Organizar la lista según la distribución del mercado.
- Realizar la compra en horas de menos aglomeración.
- Procurar hacer volumen de compra para reparto a domicilio.
- Deje los comestibles a la altura de las manos en una mesa, es más fácil arrastrar que elevar.

Cocinar:

- Prepara comidas que no requieran poco tiempo y esfuerzo: legumbres, sopas,...
- Transporte todo lo necesario en un carrito de una sola vez.
- El material de los utensilios de cocina deben ser lo más liviano posible.
- Cortar vegetales, patatas, etc., realizarlo sentado.
- El lavavajillas al lado del fregadero.
- Hacer comidas ligeras y poco abundantes.
- Evite alimentos flatulentos y la ingesta excesiva de hidratos de carbono.
- Repose después de las comidas.

Ducha y baño:

- Sentarse en un taburete alto para actividades afeitarse, peinarse, lavarse los dientes apoyado los codos en el borde del lavabo y al bañarse.
- Organice lo que necesite para el aseo/baño en un lugar accesible.
- Utilice cepillos con mango, utilice toallas grandes para secar los pies.
- La temperatura debe ser templada.

Vestido:

- Colocar la ropa de uso frecuente a la altura adecuada.
- Reunirla toda para no dar más de un viaje, para buscar la ropa.
- Utilizar ropa fácil de poner y quitar, cómoda y de tejido agradable.



REGISTRO

Anotará en la historia las verbalizaciones del paciente



CRITERIOS DE RESULTADO

Verbaliza reconocer las limitaciones. Reconoce síntomas para la disminución de la actividad.

INDICADOR: 000204-Utiliza técnicas de conservación de la energía.

Standard: Tendrá un licker mayor a 3 en los pacientes que deban manejar su energía.

Auditado: 20 historias de GDRs: EPOC grave/ICC GRADO III/IV de la NYHA.

0202

FOMENTO DEL EJERCICIO



DEFINICIÓN

Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos.



OBJETIVOS

Mantener o mejorar el estado físico para la máxima independencia posible.



PERSONAL

Enfermera, auxiliar de enfermería y celador, según nivel de dependencia.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Valorar las ideas de la persona sobre el efecto del ejercicio en la salud y en la dependencia.
- Valorar los gestos/posturas y la alineación postural.
- Presencia de clínica que interfiera en el movimiento.
- Repercusión de la actividad en las ABVD anterior al ingreso: Barthel, nivel funcional (0,1,2,3,4).
 - 0: autónomo,
 - 1: usa dispositivo,
 - 2: requiere ayuda-supervisión-enseñanza,
 - 3: requiere ayuda y un equipo,
 - 4: no puede o no debe hacer actividad.
- Establecer conjuntamente objetivos realistas y desdoblarse en pasos pequeños y manejables.
- Recursos personales, familiares y sociales. Preparación del personal:
- Tiempo necesario para la educación sanitaria.
- En personas jóvenes; PROYECTO NAOS. Nutrición y actividad física del M.S.C.)



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Planificación de los ejercicios y consenso con el equipo.
- Evaluar la capacidad y tolerancia a la actividad actual del paciente y compararla con su capacidad anterior.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

1ª ETAPA

- Determinar los cambios requeridos en el estilo de vida y en la dinámica del grupo familiar.
- Valorar la presencia de drenajes, sondas o sistemas que dificulten la movilización.
- Explicar ejercicios a realizar: activos, ayudados o pasivos s/ funcionalidad.
- Ayudar a la persona a desarrollar el programa de ejercicios.
- Dejar al alcance de la persona los objetos necesarios y sistemas de llamada.

2ª ETAPA

- Controlar la aparición de signos de fatiga o aparición o intolerancia a la actividad durante o tras el ejercicio.
- Técnicas de movilización de las partes dolorosas.
- Técnicas no farmacológicas de control del dolor.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

3ª ETAPA

- Controlar la buena evolución del programa.
- Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente
- Enseñar a la persona técnicas de respiración para maximizar la absorción de O₂, si procede.
- Controlar el cumplimiento del programa de actividad/ejercicio.
- Controlar la respuesta al programa.
- Respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.
- Valorar continuamente el riesgo de caídas y la intolerancia a la actividad.
- Elogiar los logros obtenidos, sin sobrevalorarlo.



CRITERIOS DE RESULTADO

- Cooperará en la movilización de acuerdo con sus capacidades durante el pacto.
- Explicará las complicaciones de la inmovilidad que puedan darse.



PROBLEMAS POTENCIALES

- No cumplimiento del programa.
- Caídas.



BIBLIOGRAFÍA

- NIC.
- M^a Teresa Luis Rodrigo.

0221 TERAPIA EJERCICIOS: AMBULACIÓN



DEFINICIÓN

Estímulo y asistencia en la ambulación para mantener o restablecer las funciones corporales durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.



OBJETIVOS

La persona ambulará dentro de los límites de la unidad o de seguridad que se haya marcado.



PERSONAL

Enfermera, auxiliar de enfermería y celador, según nivel de dependencia.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Acordar objetivos con el paciente/cuidador conseguibles y cortos.
- Valorar el nivel de dependencia para planificar la ayuda necesarias
- Valorar el riesgo de caídas en estos pacientes.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Informar al paciente de la importancia y la necesidad de una deambulación precoz.
 - Iniciar la deambulación a las 24-48 h tras la indicación en función del estado del paciente (dolor, inflamación, movilidad articular, debilidad) y la valoración del nivel de dependencia y de funcionalidad antes del ingreso o tras intervención.
 - Enseñar al paciente a usar un calzado bien ajustado, firmemente atado y flexible para caminar.
 - Proporcionar sistemas de ayuda a la deambulación (andador o muletas).
 - Enseñarle a usar el andador o las muletas. (Anexo).
 - Enseñar al paciente a caminar con el andador o las muletas doblando las rodillas y apoyando toda la planta del pie en el suelo, evitando estar demasiado tiempo de pie sin moverse.
 - Ayudar al paciente en el traslado cuando sea necesario y en la deambulación inicial.
 - Vigilar la utilización por parte del paciente del dispositivo de ayuda para andar.
 - Ayudarle a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas.
 - Recomendar caminar muchas veces al día, pero paseos cortos.
 - Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.
- Diagnóstico de enfermería probable relacionado: deterioro de la deambulación.



CRITERIOS DE RESULTADO

Iniciar la ambulación.



PRECAUCIONES

- Valorar el riesgo de caídas siempre.
- Valorar la presencia de un cuidador.
- Valorar deterioro de la deambulación.

PROBLEMAS POTENCIALES



- Caídas.
- Lesiones.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Todo paciente con intervención de cadera y rodilla con indicación de carga y movilización, iniciará la ambulación y/o tendrá valorado el riesgo de caídas.
- Standard: 90%.
- Indicador: Número de pacientes con intervención de cadera o rodilla con indicación/ número de valoraciones de riesgo de caídas versus ambulación.
- Auditado mediante 20 historias con GDR. fractura de cadera o artroplastia de cadera/rodilla.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- NIC.
- Proceso asistencial fractura de cadera.
- Proceso asistencial artroplastia de rodilla.



DEFINICIÓN

Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.



OBJETIVOS

Mantener la flexibilidad articular en pacientes inmóviles.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Fisioterapeuta si está derivado.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicarle el procedimiento.
- Propiciar intimidad y entorno agradable.
- Aprovechar el baño para realizarlo.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Diseñar, junto con el traumatólogo, el programa de ejercicios de movilidad articular, teniendo en cuenta aspectos como el dolor del paciente, la inflamación de la articulación y el estado de la herida y del drenaje si hubiere.
- Iniciar la movilización a las 24-48 h tras la intervención si no hay orden médica que lo contraindique.
- Informar acerca de los beneficios de la movilización articular precoz y de la consecución de la mayor amplitud articular posible para una recuperación más rápida.
- Recomendar la aplicación de frío minutos antes de iniciar la movilización de la articulación, durante y más tras la finalización, mientras el paciente tiene la pierna en reposo.
- Aconsejar al paciente la utilización de pantalón adecuado para la realización del ejercicio y comunicarle la importancia del empleo de ropa cómoda durante el mismo.
- Enseñarle a realizar los ejercicios de flexoextensión de la rodilla estando sentado en una silla o camilla, sin que los pies lleguen al suelo para permitir la flexión y extensión máximas.
- Realizar demostraciones de los ejercicios.
- Controlar la tolerancia al ejercicio vigilando la aparición de síntomas como falta de aire, pulso rápido, palidez y mareos.
- Fomentar la realización de los ejercicios de acuerdo con un programa regular planificado.
- Enseñar a la familia a ayudar al paciente en la realización de los ejercicios.



PRECAUCIONES

- No forzar articulación, movilidad articular.
- No forzar si el dolor es intenso.
- Si dolor a la movilización, administrar analgesia pautada.



REGISTRO

Se registrará movilidad articular en ángulos.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Criterio: en toda intervención de prótesis de rodilla se medirá el ángulo de flexión de la rodilla intervenida.
- Standard: 90%
- Indicador: Número de intervenciones de artroplastia de rodilla/número de anotaciones de los ángulos medidos en flexión de la rodilla.
- Auditado: 10 historias de GDR artroplastia simple de rodilla.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

NIC



DEFINICIÓN

Es la instilación de una solución en el tracto intestinal inferior (recto), se trata pues de irrigar una cantidad de líquido en el recto a través de una sonda introducida por el ano con el fin de tratar el estreñimiento, de vaciar el intestino antes de una cirugía o realizar una prueba terapéutica y/o diagnóstica.



OBJETIVOS

Preparar el intestino inferior para los procedimientos, para aliviar la impactación de heces en el estreñimiento y/o terapéutico.



PERSONAL

La enfermera del paciente del turno donde se indique con la colaboración de la auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Bandeja con gasas y guantes de uso general.
- Cuña.
- Lubricante.
- Sonda rectal.
- Recipiente con la solución pautada.
- Sistema de irrigación.
- Bolsa de plástico.
- Pinza de Kocher o similar.
- Empapaderas.
- Jabón.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Comprobar la indicación o el protocolo de indicación.
- Valoración en la historia de los riesgos potenciales en ese paciente.
- Asegurar todo el material y la solución antes de iniciar la técnica.
- Lavado de manos.
- Antes de comenzar la técnica colocación de guantes.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Preparar al paciente para la cooperación, ganarnos su confianza e informarle para tranquilizarlo.
- Obtener el consentimiento del paciente/familia, informando de las sensaciones que va a tener durante el procedimiento.
- Asegurar y crear un ambiente íntimo y confortable para el procedimiento.
- Preparar el entorno para el procedimiento e informarle que evacue la vejiga.
- Garantizar la máxima intimidad del paciente.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Verificar que el ambiente es el adecuado y que el paciente está cómodo, sin vergüenza y que el paciente está informado.
- Disponer de la mayor tranquilidad, intimidad y cooperación del paciente explicándole de nuevo cada etapa del procedimiento y las sensaciones.
- Colocar al paciente en DLI (decúbito lateral izquierdo).
- Tener dispuesto todo en material antes de comenzar y dejar al descubierto el ano, protegiendo la ropa del paciente y la de la cama con el cubre colchón y la empapadera.
- La solución debe estar 45 cms. por encima de la cama y a una temperatura agradable
- Eliminar siempre todo el aire del sistema de infusión antes de infundir.
- Abrir la sonda y lubricar generosamente.
- Introducir la sonda suavemente sin brusquedades 4-5 cms y esperar manifestaciones del paciente, posteriormente reintroducir otros 4-5 cms siempre atentos a las manifestaciones y la aparición de problemas potenciales, en especial el dolor.
- Conectar la solución a un flujo que el paciente tolere y se encuentre lo más cómodo posible.
- Ser empático y dar seguridad durante todo el procedimiento con habilidad de trato, manteniendo siempre la intimidad y la confianza del paciente.
- Al terminar la infusión retirar la sonda rectal.
- Colocar al paciente sobre la cuña si tiene una dependencia o el WC si lo prefiere el paciente, indicando que aguante la solución intracolón el mayor tiempo posible (aproximadamente 10 minutos) y como mínimo 5 minutos.
- Lavar la zona perianal con agua y jabón y retirar la cuña, después de la evacuación.
- Asegúrese que el paciente está cómodo y tranquilo al finalizar el procedimiento.



PUESTA EN ORDEN

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado, tras haberse cambiado los guantes.
- Lávense las manos.
- Asegúrese de que el paciente tiene toda la información necesaria del procedimiento.
- Seguir respetando la intimidad y la comodidad.



REGISTRO

- Anote el procedimiento realizado en el registro de enfermería, conteniendo la siguiente información mínima:
- Fecha, hora, e indicación.
 - Tipo, cantidad y tº de la solución.
 - Porción de la sonda introducida, y maniobra.
 - Reacción emocional y sensaciones.
 - Resultado del enema y los posibles problemas potenciales.
 - Todas aquellas incidencias que consideren oportunas el tandem enfermera.



PRECAUCIONES

- Si al introducir la sonda rectal notamos cualquier dificultad, no forzaremos nunca su entrada.
- El recto apenas siente dolor, por lo tanto siempre estar alerta ante la aparición de un dolor intenso durante el procedimiento.
- Informar al paciente que vacía la vejiga antes del procedimiento.
- Antes de segregar el material de evacuado, asegurarse de que no se necesitan muestras para ningún tipo de estudio.
- Si observa algún problema real (sangrado, dolor intenso,...) anotarlo y si es urgente por su dimensión avisar al médico responsable del paciente.
- Si el esfínter es incompetente para retener el enema, colocar la chata inmediatamente.
- Precaución especial con los pacientes que padezcan de hemorroides, fístulas o patología rectal.
- Prestar atención especial a las manifestaciones del paciente en el procedimiento.

PROBLEMAS POTENCIALES



- Lesiones en el ano y el recto.
- Dolor abdominal intenso.
- Rectorragia.
- Fiebre.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Toda indicación debe tener registro de enfermería de:
- Fecha y hora del enema.
 - Manifestaciones y posición del paciente.
 - Disolución, cantidad y tª.
 - Problemas detectados si existiesen.

INDICADORES



1. Todo paciente con indicación de enemas se anotará en la historia enfermera. X= N° DE INDICACIONES/N° DE ANOTACIONES.
STANDARD: 95-100%.
Método: AUDITORÍA DE HISTORIAS CON CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO/TERAPIA.
2. CENTINELA: si manifestaciones de problemas potenciales comunicar a supervisor.
MÉTODO: análisis CAUSA-RAIZ en espina de pescado.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Aplicación de enema. C-17.2005. Comisión de p. y p. Dirección de enfermería del Hospital Virgen de la Victoria.
- Stern Cindi RN, BN, BCA. THE J.B.I. 29/07/2006.
- Bowan Nicola RN, BN, BCA. THE J.B.I. 29/07/2006.
- Donnell Pauline RN, BNsg, MHSM. THE J.B.I. 29/07/2006.
- Aye Aye Gyi MBBS, MMedSC.
- Consenso de expertos en nuestra área hospitalaria.

ANOTACIONES AL PROCEDIMIENTO



La información disponible sobre el mejor método de administración es muy limitada y sin validación, con déficit de conocimientos sobre el volumen a infundir, tasa de infusión, longitud de la sonda rectal insertada, rapidez en la infusión, duración de la retención, temperatura. Las recomendaciones se basan en la práctica habitual por consenso de expertos sin método de resultados.
Es una excelente oportunidad de mejora para verter conocimiento sobre los procedimientos.

0450

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO / IMPACTACIÓN



DEFINICIÓN

Prevención y alivio del estreñimiento / impactación.



OBJETIVOS

Evitar el estreñimiento y manejo de la impactación.



PERSONAL

Enfermera/o.



MATERIAL

- Carro con todo lo necesario, según esté pautado en la hoja de enfermería.
- Guantes, gasas, lubricante, empapaderas, cuña y bolsas de basura.
- Material no estéril.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Crear un ambiente propicio para la técnica de impactación.
- Explicar el procedimiento al paciente para que se coloque de forma cómoda en decúbito lateral izquierdo si lo tolera, sino en la posición adecuada.
- Proporcionar alivio adecuado antes de la técnica.
- Preparar el campo antes de comenzar, para evitar manchar.
- Colocar al paciente en posición relajada para empezar la técnica, si procede.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Tener todo el material preparado antes de empezar la técnica.
- Lavado de manos según protocolo antes de comenzar.
- Haber constatado la aparición de signos y síntomas de la impactación.
- Comprobar movimientos intestinales y vigilar la existencia de peristaltismo.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Vigilar la existencia de sonidos intestinales.
- Consultar con el médico acerca de aumento / disminución de la frecuencia de sonidos intestinales.
- Observar si hay signos y síntomas de ruptura intestinal y / o peritonitis.
- Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir, al paciente.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Establecer una pauta de aseo, si procede.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Enseñar a la paciente / familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Enseñar al paciente / familia a mantener un diario de comidas.
- Instruir al paciente / familia acerca de la dieta rica en fibras, si procede.
- Instruir al paciente / familia sobre el uso correcto de laxantes.
- Instruir al paciente / familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento / impactación.
- Evaluar el registro de entrada para el contenido nutricional.
- Consultar con el médico si persisten los signos y síntomas del estreñimiento o impactación.
- Administrar laxantes o enemas, si procede.
- Informar al paciente acerca del procedimiento de extracción manual de heces, si fuera necesario.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario, con la misma técnica que la irrigación intestinal.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.
- Pesar al paciente regularmente.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Lavado de manos.



PRECAUCIONES

- Evaluar siempre la efectividad de la técnica si se ha realizado.
- No forzar el esfínter, ni presionar las paredes del recto y si dolor no seguir.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Registrar las características de lo extraído, si procede.
- Si existe algún dato anómalo anotarlo en la historia.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Rectorragia.
- Reacción vaso-vagal.
- Dolor durante el procedimiento, que si prosigue tras la técnica comunicarlo a la supervisión, como efecto adverso y avisar a médico.
- Lesión del esfínter y ano.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Anotar en la historia la fecha y hora de la maniobra.
- Comunicación a la supervisión de las incidencias si existiesen.



BIBLIOGRAFÍA

NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Reducir las incidencias a la supervisión una vez se inicie la técnica, y se anoten las incidencias, es decir el nº de impactaciones, mejorando el estreñimiento de los pacientes.

0550

IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA. LAVADO VESICAL CONTINUO POR UROLOGÍA



DEFINICIÓN

Irrigación continua de suero fisiológico a través del catéter a la vejiga por patología genitourinaria.



OBJETIVOS

Mantener la permeabilidad de la sonda en pacientes que tienen hematuria, por patología vesical o por intervención vésico-urinaría.



PERSONAL

La enfermera o la auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Bolsa de suero estéril de 3000ml.
- Equipo de irrigación de la bolsa a la sonda.
- Guantes de un solo uso.
- Bolsas de orina conectadas al sistema cerrado.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar la técnica.
- Animar a que controle la perfusión.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado previo de manos.
- Colocarse guantes antes de manipular la conexión.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

1ª ETAPA: cambio de bolsa de irrigación.

- Cerrar la perfusión del sistema, y descolgar la bolsa vacía.
- Abrir la bolsa de 3000ml y conectarla al sistema de perfusión, SIEMPRE CON LA CONEXIÓN DE LA BOLSA HACIA ARRIBA, sino nos mojaremos.
- Abrir la llave del sistema de perfusión a flujo indicado.
- Segregar la bolsa a su contenedor correspondiente.

2ª ETAPA: retirada de la bolsa de orina llena.

- Cerrar el grifo y desconectar la bolsa llena (2000ml).
- Colocar otra bolsa en su lugar y abrir el grifo.
- Segregar la orina al WC y la bolsa a su contenedor.

3ª ETAPA: comunicar a la enfermera que lleva al usuario las entradas y salidas de este proceso.



REGISTRO

La enfermera en su turno realizará las anotaciones de entrada y salida de la irrigación vesical, así como de las incidencias producidas. Se realizará un balance diario para saber la diuresis aproximada.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Dolor: descartar obstrucción de la sonda y producirse así una distensión de la vejiga e incluso llegar a la rotura vesical. Proceder a realizar un lavado vesical, hasta hacerla permeable.
- Vigilar que no se produzca aumento de los genitales externos, lo que significaría la diseminación del suero al tejido subcutáneo.



CRITERIOS DE RESULTADO

Anotado en la hoja de enfermería los balances diarios.

0550

IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA. LAVADO VESICAL PUNTUAL POR OBSTRUCCIÓN



DEFINICIÓN

Irrigación puntual estéril de suero fisiológico a través del catéter a la vejiga por patología genitourinaria.



OBJETIVOS

Mantener la permeabilidad de la sonda en pacientes que tienen sonda vesical, por patología vesical o por intervención vésico-prostática.



PERSONAL

La enfermera.



MATERIAL

- Jeringa de 50 mL, y adaptador para suero de plástico de 500 ml.
- Guantes estériles
- Batea para evacuar los restos de la jeringa.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Explicar la técnica.
Consiguir relajación para disminuir las molestias.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Lavado previo de manos.
Colocarse guantes antes de manipular la conexión.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

1ª ETAPA: Lavado vesical

- Explicar al paciente la técnica
- Desconectar la sonda de la bolsa: la sonda colocarla en la batea y la bolsa libre en su soporte pero sin derramarse.
- Llenar la jeringa de 50 ml de terminal en cono, conectarla a la sonda e instilar todo el suero a través de la sonda con una fuerza máxima.
- Aspirar el contenido de forma sostenida hasta que el flujo sea continuo y vaciar el contenido de la jeringa en la batea.
- Repetir la instilación hasta que la resistencia sea nula y aspirar continuamente con fuerza máxima.

2ª ETAPA: Colocación del drenaje.

- Una vez que por la sonda fluya la orina o la instilación continua sin dificultad, limpiar con solución antiséptica la conexión de la sonda.
- Unir a la bolsa de caída libre con sistema cerrado.
- Explicar al usuario el sistema para que participe de sus cuidados.



REGISTRO

La enfermera en su turno realizará las anotaciones de entrada y salida de la irrigación vesical, así como de las incidencias producidas.



PROBLEMAS POTENCIALES

Distensión grande de la vejiga si en cada instilación no sacamos la misma cantidad que introducimos.



CRITERIOS DE RESULTADO

Anotación en la historia de los lavados, con sus características.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Criterio: Todo lavado vesical tendrá anotado el balance de irrigación.
- Standard: 90%
- Indicador: número de intervenciones de RTU con suero lavador/anotaciones de balance irrigador diario.
- Auditado: 2º historias de GDR HBP.

El cateterismo vesical es el factor más influyente en el desarrollo de una infección urinaria, aproximadamente el 75% de las I.T.U.s desarrolladas durante la hospitalización y constituyen entre el 20 y el 40% de las infecciones nosocomiales. (1)

Este efecto adverso aumenta la estancia hospitalaria con un rango de 2,4 a 4,5 días, dispara el gasto y podría poner en riesgo la vida de los usuarios.(1). La bacteriúria asociada al catéter aumenta de un 5% a un 8% cada día de cateterización(6).

Dentro de nuestra filosofía de atención segura tendremos que valorar el riesgo para una atención segura, realizando las intervenciones necesarias dentro de la evidencia disponible, que se revisará automáticamente a la luz de nueva evidencia.

Con la prolongación de la media de vida, el nº de pacientes portadores de sonda ha ido en aumento y en la actualidad es muy importante. El tener unos cuidados estandarizados basados en la evidencia debe ser su objetivo prioritario por razones sociales, sanitarias y económicas.

Por todo ello, la práctica del sondaje urinario debe ser enfocada como un acto quirúrgico, lo que supone:

- a) Una asepsia rigurosa, nivel de evidencia baja(2).
- b) Una técnica precisa.(2)
- c) Un material adecuado.(3)
- d) Unos cuidados estandarizados adecuados a cada paciente.(5)
- e) Una indicación adecuada.(4)



DEFINICIÓN

Es la introducción de un catéter a través de la uretra hasta la vejiga para drenar orina.



OBJETIVOS

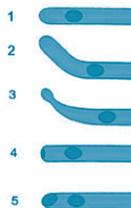
- a) Conseguir la eliminación de la orina en casos de retención urinaria.
- b) Controlar la diuresis.
- c) Terapéuticos en nefro-urología.

TIPOS DE CATÉTERES O SONDAS VESICALES.

1. Consistencia: rígidos, semi-rígidos y blandos.

2. Composición: látex, P.V.C., silicona, siliconados, etc.

3. Tipos de puntas:



4. Tamaño: Se calibra en unidades francesas (Ch-CHARRIER) que miden la circunferencia externa del catéter.

Niños—6, 8y 10Ch

Adultos—12 al 30 Ch

5. Número de vías: de 1 a 3, con o sin balón.

6. Longitud:

- a) Para hombre (41 cm.)
- b) Para mujer (22cm)
- c) Para niños (30 cm.)



PERSONAL

Una enfermera y una auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Paño estéril.
- Sonda vesical estéril de calibre adecuado, tipo foley (1) de calibre 14-16Ch.en mujeres y 16-18Ch. en hombres, en caso urológico o si dificultad, usar tipo Tieman (2) en varones.
- Guantes estériles.
- Guantes desechables.
- Lubricante hidrosoluble estéril (según la comisión de farmacia).
- Gasas y compresas estériles.
- Jeringa de la capacidad adecuada(10ml)
- S. fisiológico (10 a 30 CC).
- Bolsa colectora de orina con válvula antirreflujo y grifo (sistema cerrado)
- Soporte para bolsa
- Povidona yodada.
- Esparadrapo.
- Pinzas de Kocher.



INDICACIONES

Se colocará sonda solamente a aquellos pacientes en el que su uso sea estrictamente necesario, teniendo controlado el riesgo de infección.

- Control de diuresis para el control de líquidos en pacientes críticos o con diuresis forzadas.
- Retención urinaria.
- Indicación médica en patología de la vías urinarias.
- Mantener seca la zona genital en los pacientes incontinentes con riesgo alto de UPP utilizando la escala de Braden y con UPP instaurada en cualquier grado.

Valorar siempre el empleo de métodos alternativos: colectores, pañales, etc..



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Lavado de manos, según protocolo de lavado de manos.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar al paciente la técnica a realizar
- Posibilitar que exprese sus dudas y temores.
- Preservar su intimidad durante la realización de la técnica.
- Indicarle si es posible, el aseo personal previo a la realización del sondaje.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

1. FASE: (AUXILIAR DE ENFERMERÍA)

- Póngase guantes desechables.
- Lave los genitales de arriba hacia abajo con una solución antiséptica utilizando en cada pasada una torunda diferente.
- Preste especial atención al meato urinario en las mujeres.
- En los varones, insistir en el lavado minucioso del prepucio, glande y surco balano prepucial
- Secar los genitales con gasas limpias.

2. FASE: (ENFERMERA)

VARÓN:

- Instar al paciente a que se coloque en decúbito supino.
- Colóquese guantes desechables y pincele con Povidona yodada el meato, glande y genitales externos del paciente retrayendo el prepucio.
- Póngase guantes estériles.
- Coloque el paño estéril con todo el material que vamos a necesitar.
- Sujete el pene en posición vertical retrayendo completamente el prepucio.
- Aplicar una pequeña cantidad de lubricante en el meato uretral.
- Introduzca el lubricante de la canuleta en su totalidad, manteniendo una presión constante hasta vaciarlo, y retirarlo sin dejar de presionar.
- Espere un minuto para obtener unos efectos anestésicos y de lubricación óptimos.
- Pídale al paciente que se relaje como si fuera a orinar, lo que relajará los esfínteres y permitirá una penetración más suave.
- Introducir la sonda unos 20 cm. hasta llegar a la vejiga y comprobar que refluye orina.
- Si encuentra alguna dificultad, pídale al paciente que respire hondo y se relaje.
- En caso de obstáculo, no forzar.
- Inyecte el suero fisiológico para inflar el globo de la sonda. Si el paciente manifiesta dolor, vacíe el globo e introduzca más sonda
- Volver a dejar la piel del prepucio cubriéndole glande para evitar edemas (parafimosis).
- Conecte la sonda a la bolsa colectora de orina.
- Fije la sonda a la pierna del paciente si lo considera necesario, para evitar tracciones innecesarias sobre el tracto urinario.
- Sujetar la bolsa colectora a la cama mediante su soporte, por debajo del nivel de la vejiga.

MUJER:

- Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- Ponerse guantes desechables y pinclar la zona a ambos lados del meato, desechando la torunda después de cada pasada.
- Aplicar lubricante en el extremo distal de la sonda.
- Introducir la sonda suavemente, pidiéndole a la paciente que realice inspiraciones profundas y prolongadas para facilitar la penetración de la misma.
- Una vez que se observe la salida de orina, inflar el globo, anclar la sonda y conectarla a bolsa, sujete a la pierna si es necesario con esparadrapo.
- Si la sonda se introduce por error en vagina, desecharla y coger otra.



PUESTA EN ORDEN

- Coloque al paciente en una posición cómoda.
- Recoja y ordene el material utilizado.
- Compruebe que el sistema VEJIGA-SONDA-BOLSA COLECTORA es un sistema cerrado. Compruebe la conexión y el grifo de la bolsa.
- Lávese las manos.



REGISTRO

Anote en la historia de enfermería del paciente:
Fecha y hora, tipo de catéter, calibre, tipo de lubricante, incidencias del sondaje y la cantidad y el aspecto de la orina excretada. Por turno se recogerá la cantidad y aspecto.
Una vez al día se realizará balance hídrico.



CRITERIOS DE RESULTADO

Indicaciones de sondaje ceñidas al protocolo.
Índice de ITU según indicadores.



BIBLIOGRAFÍA

- Best practice 2000; 4(1): 1-6. ISSN: 1329-1874. Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para prevenir las infecciones del tracto urinario.
- Carapeti, EA; Bentley, PG; Andrews, SM. Randomised study of sterile versus nonsteril urethral catheterisation. Annual Review of the College of Surgery England 1994; 76: 59-60.
- Best practice 10(3) 2006. ISSN: 1329-1874. Retirada del sondaje vesical permanente de corta duración.
- Protocolos de infección del tracto urinario. UCI del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- Liedberg H, Lundberg T. Silver-alloy coated catheters reduce catheter associated bacteriuria. British Journal of Urology 1990; 65: 379-81.
- Dobbs sp, Jackson SR, Watson AM. A prospective, randomized trial comparing, continuous bladder drainage with catheterization at abdominal hysterectomy. British Journal of urology. 1997; 80(4):554-6.
- Burke JP, Jacobson JA, Garibaldi RA. Evaluation of daily metal care with poly-antibiotic outment in a prevention of urinary catheter associated bacteriuria. B.J.U. 1990; 65:379-81.



DEFINICIÓN

Actuación ante un paciente sondado.



OBJETIVOS

Evitar lesiones e infecciones.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

Guantes de uso general.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Lavado de manos, LAVADO DE MANOS SIEMPRE ANTES DE MANIPULAR AÚN CON GUANTES.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

No necesario.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

1. MECANISMOS DE CONTAMINACIÓN.

- a. Durante la inserción del catéter por arrastre de microorganismos al interior del recorrido. Se evita con una adecuada asepsia en la técnica.
- b. Una vez colocada:
 - Vía intraluminal: por la luz interna y es muy importante la prevención en la manipulación del sistema cerrado. Los puntos críticos son:
 - Conexión sonda-bolsa: manipulación estéril de la conexión y lavar puntos de contacto con povidona yodada.
 - Punto de drenado de la bolsa recolectora: no tocar, manipulación correcta

Vía extraluminal: lavado en la higiene personal diaria del meato y secado escrupuloso posterior.

LAVADO DE MANOS SIEMPRE ANTES DE MANIPULAR AÚN CON GUANTES.

FACTORES DE RIESGO

1. Intrínsecos: edad avanzada, mujer, colonización anterior del meato, enfermedad grave, fracaso renal, diabetes mellitus, inmunosupresión e historia de ITUs.
2. Extrínsecos: tratamiento antibiótico y sondaje vesical.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

2. RECOMENDACIONES.

- Higiene diaria y meticulosa de los genitales y la sonda, consistente en una higiene diaria alrededor del meato y secado posterior.
- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- Mantener el sistema cerrado.
- Mantener siempre la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos. Vigile que esto sucede siempre en los traslados y transferencias del paciente.
- Evite acodamientos.
- Cambiar el catéter a intervalos regulares según tipo, no hay evidencia sobre esto y en el hospital con sistema cerrado no se debería de cambiar.
- Planificar regularmente el vaciado de la bolsa colectora, por turno, si no es necesario ese control plantearse retirada.
- En drenajes de pierna vigilar piel y desconectar de pierna nocturno.
- No es aconsejable movilizar la sonda, en todo caso solo rotarla.
- No haga desconexiones innecesarias y en caso de desconexión, pintar con Povidona los extremos de S.V. y bolsa.
- Lavado vesical puntual de la sonda cuando sea preciso para mantener la permeabilidad según protocolo de la intervención.
- Estimular la ingesta de líquidos (2 a 3 litros al día), salvo en pacientes con indicación contraria.
- Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en zona suprapúbica, orina turbia y maloliente)
- Valorar la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda vesical.
- En caso de que existiera, tomar muestra para cultivo.
- Cuando necesite pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje no en la sonda.
- Si se prevé que el sondaje va a ser largo o permanente, utilizar sondas de silicona, preferible con sondas impregnadas en plata.
- Advertir al paciente que tras el sondaje puede expulsar una pequeña cantidad de lubricante.
- Revisar diariamente, durante el baño del paciente, el punto de apoyo de la sonda sobre el meato para evitar úlceras por presión.
- Extraer el catéter lo antes posible.

3. CONTRAINDICACIONES DEL SONDAJE.

- Incontinencia urinaria que pueda paliarse con reeducación vesical, colectores o pañales.
- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales como estenosis, fístulas, etc.
- Traumatismos uretrales como una falsa vía.

4. RETIRADA DEL CATÉTER PERMANENTE DE CORTA DURACIÓN.

- Una vez que la indicación que motivó el sondaje haya finalizado, ha de plantearse la retirada precoz de la sonda.
- No se realizará pinzamiento intermitente previo a su retirada, ello aumenta el riesgo de infección.
- Reeducación del esfínter vesical en caso de incontinencia.
- En las sondas hematóricas una vez vaciado el balón totalmente, reintroducir 0,5 cc del suero y retirar, esto facilita la salida de la sonda al suprimirse los pliegues del balón cuando esta vacío totalmente, resultando la retirada menos traumática para el paciente.
- Momento de la retirada: después de procedimientos y cirugías, se recomienda la retirada a medianoche.
- Duración de la cateterización: la retirada temprana esta relacionada con menor riesgo de ITU y estancias más cortas, pero mayor riesgo de evacuación a corto plazo.
- Se recomienda retirarla tras un periodo de drenaje libre de 24 horas.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Lavado de manos.



PRECAUCIONES

- Utilizar siempre sistema cerrado de drenaje.
- Siempre lavar las manos antes de manipular.
- Evitar tracciones, solo rotaciones si es necesario.



PROBLEMAS POTENCIALES

DECÚBITO DE LA SONDA

Se evita movilizándolo la sonda en sentido rotatorio sin traccionar.

HEMATURIA

Cuando aparece hematuria tras el sondaje vesical, ésta puede tener su origen en la uretra (lesiones uretrales, falsa vía, etc.) o en la vejiga (hematuria ex-vacuo).

La hematuria ex-vacuo se produce por la descompresión rápida de una vejiga tras una retención aguda de orina.

Se aconseja vaciar la vejiga pinzando la sonda cada 300 – 400 cc durante 15 a 20 minutos.

TENESMO VESICAL

Se llama tenesmo vesical a la contracción espasmódica de la vejiga derivada del contacto de la mucosa uretral y vesical con la sonda urinaria, que se manifiesta como dolor en hipogastrio, acompañado de sensación de ganas de orinar y escape de orina alrededor de la sonda.

En estos casos se aconseja verificar la permeabilidad de la sonda vesical. NO

CAMBIAR, y administrar espasmolíticos y/o antiinflamatorios si procede.

PARAFIMOSIS

Se produce cuando el prepucio se retrae por detrás del glande siendo incapaz de reinstalarse a su posición normal. Como consecuencia, se genera un edema que hace que la retracción que ya era difícil, sea ahora imposible.

El tratamiento consiste en la reducción manual de la parafimosis, colocación de la piel del prepucio tras el sondaje a su posición natural.



CRITERIOS DE CALIDAD

- ITU en rango de EPINE.
- Estará anotado en la hª de enfermería la fecha de cambio de la sonda.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

LA MISMA DEL SONDAJE VESICAL.

CRITERIOS DE RESULTADO



ITUs (Infecciones del tracto urinario) en rango de EPINE.

DEFINICIÓN



Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

PERSONAL



· Enfermera / Auxiliar de enfermería.

MATERIAL



- Cama +colchón terapéutico adecuado.
- Ropa de cama.
- Medidas de seguridad según valoración del riesgo de caídas / lesión.

PREPARACIÓN DEL PERSONAL



- Lavado de manos.
- Guantes uso general.

DESCRIPCIÓN DE ETAPAS



- Explicar las razones del reposo en cama al paciente o cuidador.
- Colocar al paciente sobre una cama / colchón terapéutico adecuado.
- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
- Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
- Subir las barandillas, si procede.
- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance de la mano.
- Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.
- Fijar un trapecio a la cama, si procede.
- Cambiarlo de posición según lo indique el estado de la piel. Valorar riesgo de integridad cutánea.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada hora, de acuerdo con un programa específico; si el riesgo es medio/elevado.
- Vigilar el estado de la piel por turno día o alguna lesión.
- Enseñar ejercicios de cama, si procede.
- Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y/o activos.
- Ayudar con las medidas de higiene (uso de desodorante o perfume).
- Ayudar con las actividades de la vida diaria, con acuerdo de los cuidadores.
- Aplicar antiembolismo, o revisar medicación.
- Observar si se produce estreñimiento y poner en marcha protocolo si procede.
- Monitorizar el estado pulmonar y poner en marcha fisioterapia si procede.
- Cambio de posición si procede.
- Realizar aseo / 24h de un lado al otro lado.

REGISTRO



- Se registrará riesgo de deterioro integridad cutánea. Mediante test de Braden (anexo I).
- Se registrará la pauta de los cambios posturales si procede según el riesgo.
- Se registrará la fisioterapia respiratoria, si procede.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Todo paciente que esté encamado se valorará el riesgo de D.I. Cutánea: Braden.
Indicador: Todo paciente con Barthel \leq 55 deberá tener realizada la escala de Braden.
Número paciente con B \leq 55 / número de pacientes con escala Braden.
Standard 95 - 100 %.
Pacientes > 75 años aleatoriamente una vez al año.
- Todo paciente con diagnóstico. DIC (Deterioro Integridad Cutánea) tendrá P.C adjunto.
Incidencia 4 pp
Número con P.C establecido de esta incidencia.
St: 95 %
Pacientes > 75 años los mismos anteriores.
- Registro: de toda incidencia en las lesiones dérmicas.
- P.C. unido a los diagnósticos Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea o Deterioro de la Integridad Cutánea junto al riesgo evidenciado por la escala de Braden.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- NIC.
- Lesiones por presión: prevención BP 1997; 1 (1): 1-6. ISBN: 1329-1874. Actualizado 15-03-07.

0840

CAMBIO DE POSICIÓN



DEFINICIÓN

Movimiento deliberado del paciente o de una parte de su cuerpo para proporcionarse bienestar fisiológico y/o psicológico.



OBJETIVOS

Proporcionar a la persona el mayor bienestar disminuyendo los riesgos derivados de la inmovilidad.



PERSONAL

Enfermera y/o auxiliar y celador si procede.



MATERIAL

Material necesario para el cambio de posición: grúa, entremetidas,...



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Material preparado, lavadas las manos y personal necesario.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Deben iniciarse las actuaciones antes de iniciar cualquier movilidad.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Valorar nivel dependencia para el autocuidado
- Cuidador de seguridad al paciente.
- Colocar sobre un colchón / cama terapéuticos.
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.
- Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, si procede.
- Colocar en la posición terapéutica indicada.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede.
- Elevar la parte afectada, si está indicado.
- Colocar en posición para el alivio de disnea (posición de semi-Fowler), cuando corresponda.
- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto), si procede.
- Colocar en una posición que facilite la ventilación / perfusión (pulmones abajo), si resulta apropiado.
- Fomentar la realización de ejercicios activos de margen de movimientos.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Evitar la colocación del muñón de amputación en posición flexionada.
- Minimizar el roce al cambiar la posición del paciente.
- Colocar una tabla para los pies a la cama.
- Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.
- Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario, si procede.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Colocar un respaldo, si procede.
- Elevar el miembro afectado 20º o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, si procede.
- Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.
- Observar que la configuración de los dispositivos de tracción sea la correcta.
- Mantener la posición y la integridad de la tracción.
- Elevar el cabecero de la cama, si no resulta contraindicado.
- Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
- Desarrollar un programa escrito para el reposicionamiento, si procede.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, según el programa específico, si procede.
- Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo trocánter)
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.
- Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance.
- Fomentar la comunicación.
- Anexo.



PUESTA EN ORDEN

Se anotará en la historia los posicionamientos, y en el caso de que el estado de la piel lo requiera por valoración, describir el posicionamiento.



PRECAUCIONES

Siempre que el riesgo de desuso sea alto utilizar medios adecuados



REGISTRO

En historia de enfermera se registrará el riesgo y las medidas implantadas.



PROBLEMAS POTENCIALES

Lesiones por desuso.



CRITERIOS DE CALIDAD

- 1.- Todos los pacientes mayores de 65 años tendrán valorado el nivel de dependencia o movilidad.
Indicador: pacientes mayores de 65 años / nº test de Barthell realizados.
Standard: 90%.
- 2.- Todo diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso debe tener un plan de cuidados abierto con las movilizaciones prescritas.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE CALIDAD

Este debería ser un indicador centinela de riesgos en las unidades, por lo tanto reducir o ninguna, y efectuar comunicación a la supervisora para realización de causa-raíz/AMFE.



DEFINICIÓN

Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.



OBJETIVOS

Mantener un buen estado nutricional mediante el aporte de energía y nutrientes por vía oral.



PERSONAL

- Enfermera.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Bandeja.
- Babero si procede.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Valorar la dependencia para la alimentación.
- Crear un ambiente placentero durante la comida
- Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva
- Proporcionar alivio adecuado para el dolor antes de las comidas, si procede.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular apetito.
- Colocar al paciente en posición recta (lo más cercano posible a 90°), con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia delante.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Preparar todo el material necesario según necesidades del paciente antes de comenzar.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Incluir al cuidador si procede.
- Identificar la dieta prescrita.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuese preciso.
- Proteger con un babero, si procede.
- Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos.
- Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.
- Colocar los alimentos en el lado no afectado de la boca, según sea el caso.
- Acompañar la comida con agua.
- Preguntar al paciente para que nos indique cuando ha terminado.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Lavado de manos.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Anotaciones de incidencias durante el procedimiento en la Historia enfermera.
- Ptes con Barthel < 20 que no tienen cuidador se dará a la supervisión para captación por EHE / trimestral. Método: Contabilización de las incidencias. Contabilización de supervisión.



PRECAUCIONES

- Asegurarse que la comida tenga la temperatura adecuada.
- Evitar distraer al paciente durante la deglución.
- Realizar la alimentación sin prisas, lentamente.
- Posponer alimentación si el paciente estuviera fatigado.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Ingesta, si fuera oportuno.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Náuseas.
- Vómitos.
- Aspiración bronquial.
- Disfagia.

1056 ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA



DEFINICIÓN

Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.



OBJETIVOS

Mantener o restablecer un buen estado nutricional mediante el aporte de energía y nutrientes de forma artificial.



PERSONAL

- Enfermera
- Auxiliar de enfermería



MATERIAL

- Bomba de infusión (nutribomba), si procede.
- Sistemas de infusión para bomba o para gravedad.
- Bolsas o frascos con fórmula enteral.
- Sondas de nutrición (poliuretano):
 - Nasogástrica.
 - Nasoduodenal.
 - Nasoyeyunal.
 - Ostomías: gastrostomías, esofagostomías, duodenostomías...
- Fonendoscopio.
- Gasas.
- Jeringuillas.
- Batea.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar el procedimiento y las razones al enfermo, con el fin de obtener su colaboración.
- Informar a los familiares.
- Mantener al enfermo en posición cómoda y con la cabecera elevada (45°).
- Realizar sondaje indicado (según protocolo de sondaje) con sonda de nutrición (del menor calibre posible) unas horas antes de iniciar la dieta por primera vez, para evitar náuseas, nerviosismo y estrés.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

ADMINISTRACIÓN A DÉBITO CONTINUO – GOTA A GOTA DURANTE 12 Ó 24 HORAS (MEJOR TOLERANCIA EN GENERAL Y ÚNICA FORMA POSIBLE SI LA SONDA U OSTOMÍA ESTÁ COLOCADA TRAS PÍLORO):

- Comprobar la correcta colocación de la sonda, mediante RX.
- Aspirar contenido gástrico, medir, valorar e introducir de nuevo.
- Comprobar que la fórmula a administrar está a temperatura ambiente (retirla del frigorífico media hora antes de ser administrada si viene en bolsa, no es necesario mantener en frigorífico los botes, packs etc que están preparados de fábrica).
- Verificar el nombre del enfermo y la habitación, que vienen registrados en la etiqueta, así como la fecha de preparación si está contenido en bolsas.
- Mezclar la solución de nutrientes, agitando suavemente la bolsa, bote, etc.
- Conectar la bolsa o frasco de nutrientes al sistema de la bomba de perfusión y purgar. Cambiar el sistema cada 24 horas.
- Conectar el sistema a la sonda de nutrición.
- Poner en marcha la nutribomba, graduar el ritmo de goteo y administrar la fórmula en el tiempo prescrito.
- Comprobar con regularidad la velocidad de goteo, aproximadamente cada 4 horas.
- Controlar el residuo gástrico cada 6 horas o según necesidad. Si es superior al 20% del volumen administrado en una hora o mayor de 100cc, suspender alimentación hasta que se compruebe el vaciado gástrico.
- Lavar sonda con 20cc de agua cada 8 horas.

ADMINISTRACIÓN A DÉBITO DISCONTINUO– ADMINISTRAR UN DETERMINADO VOLUMEN DE DIETA (200–400 ML) A INTERVALOS REGULARES:

- Comprobar la correcta colocación de la sonda antes de cada toma.
- Medir y valorar contenido gástrico antes de cada toma, introduciéndolo de nuevo. Si es mayor de 100cc, esperar sin dar la toma hasta que se compruebe el vaciado gástrico (probar de hora en hora).
- Lavar la sonda con 20cc de agua, antes de la administración.
- Comprobar que la fórmula a administrar está a temperatura ambiente (retirla del frigorífico media hora antes de ser administrada si viene en bolsa, no es necesario mantener en frigorífico los botes, packs etc que están preparados de fábrica).
- Verificar el nombre del enfermo y la habitación, que vienen registrados en la etiqueta, así como la fecha de preparación si está contenido en bolsas.
- Mezclar la solución de nutrientes agitando suavemente la bolsa, frasco, pack... de nutrición.
- Conectar la bolsa de nutrición al sistema para bomba o gravedad y purgarlo. Utilizar un sistema por toma.
- Conectar el sistema a la sonda de nutrición.
- Graduar el ritmo en la nutribomba o mediante la llave (en el sistema por gravedad) y administrar la toma en un tiempo no inferior a 60 minutos.
- Lavar la sonda introduciendo 20cc de agua, una vez finalizada la administración.
- Colocar el tapón de la sonda.
- Colocar al paciente en posición semisentado (45º) durante la administración de la fórmula y media hora después.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Lavado de manos.



PRECAUCIONES

DIARIAMENTE:

- Comprobar la correcta colocación de la sonda (atención a la desinserción por tracción accidental), así como su permeabilidad.
- Constatar la presencia de movimientos peristálticos y buen vaciamiento gástrico.
- Limpieza de las fosas nasales con suero y antiséptico y de la boca con algún colutorio.
- Poner vaselina en los labios si están resecos.

UNA VEZ POR TURNO:

- Vigilar integridad de la sonda y movilizar la misma para evitar úlceras por decúbito.
- Cambiar los esparadrapos de fijación al realizar movilización o cada vez que sea necesario.

SI SE ADMINISTRA MEDIANTE OSTOMÍAS:

- Limpiar el orificio de salida de la sonda con Povidona yodada.
- Higiene de la piel periestomal (lavado con jabón neutro).
- Cambiar el apósito tantas veces como sea necesario para mantenerlo siempre limpio.
- Lavar la sonda una vez al día o después de cada toma si se hace alimentación discontinua.
- Comprobar el sistema de fijación de la sonda.
- Girar la sonda 360° una vez al día (salvo que esté fijada a la piel con sutura)

OTRAS PRECAUCIONES GENERALES:

- Las bolsas que contengan fórmulas enterales deben guardarse en el frigorífico hasta media hora antes de su utilización.
- Para evitar el crecimiento bacteriano, el contenido de las bolsas no puede superar la cantidad a administrar en 24 horas, no pudiendo estar a temperatura ambiente más de 12 horas.
- Para que no exista contaminación, la manipulación de las bolsas, sondas y sistemas se realizará con la máxima asepsia.
- Para asegurar una velocidad de goteo constante, se recomienda la utilización de nutribombas en la alimentación discontinua. Es imprescindible en la nutrición continua.
- Si existen signos de vaciado gástrico lento o mala tolerancia, avisar a la Unidad de Nutrición o al médico de guardia, para replantear la pauta de nutrición.
- Tener en cuenta siempre, que el paciente necesita un aporte extra de agua, aparte de la fórmula de nutrición (mínimo 1 litro que se puede bajar a 500ml si la NE tiene un volumen de 2000cc), salvo que su médico indique restricción de líquidos.



REGISTRO

- Signos vitales: T.A., Tª, p. y R.
- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Cantidad de dieta administrada por turno.
- Diuresis y balance hídrico.
- Glucosuria y cetonuria realizadas cada 8 horas.
- Hora de comienzo y finalización de la fórmula.
- Peso corporal (cada 7 días o según necesidad).
- Restos de contenido gástrico: hora, cantidad, aspecto, color, etc.
- Estado y grado de tolerancia del enfermo:
 - Distensión abdominal. / Ruidos abdominales. / Edema / Náuseas. / Vómitos. / Diarrea.
- Frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Día y hora de cambio de la sonda.
- Hora de cambio de fijación de la sonda.
- Hora de los cuidados de nariz, boca, etc.
 - Número deposiciones y sus características.
 - Estado hidratación.
 - Velocidad de infusión.
 - Cantidad infundida.

PROBLEMAS POTENCIALES



- Distensión abdominal.
- Retención gástrica
- Náuseas.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Aspiración bronquial.
- Reflujo gastroesofágico.
- Complicaciones debidas a la sonda.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Cuidados de manos y boca anotados p/día
- Pacientes con alimentación enteral por sonda anotado en la Historia de pacientes.
- Método: aleatoriamente la enfermera de nutrición nos dará una muestra representativa y se comprobará en la Historia anualmente.
- Tolerancia a la dieta / Estado: Pacientes con Historia anotarlo.
- Igual método.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Manual de procedimientos generales de Enfermería 1994. Hospital Juan Ramón Jiménez.
- Calañas A, García Luna P.P. Nutrición enteral (I): indicaciones, vías de acceso, tipo de productos. En: Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Ed SCM 2002.
- McClave S.A., et al. North American Summit on Aspiration in the Critically Ill Patient: Consensus Statement. JPEN 2002; 25(6):80S-85S.
- ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN 2002; 26:80SA-81SA.
- Stroud M., Duncan H., Nightingale J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. Gut 2003; 52(suppl VII) 1-12.
- Guidelines for the management of enteral tube feeding in adults. C.R.E.S.T. Abril 2004
- Sanko JS. Aspiration assessment and prevention in critically ill enteral patients: evidence-based recommendations for practice. Gastroenterology Nursing. 2004 Nov-Dec; 27(6):279-285
- León M. Nutrición Enteral En: Manual de Actuación, Evidencia científica en Soporte nutricional especializado. Ed IM&C .Madrid 2006.
- Martínez C., et al. Soporte nutricional basado en la evidencia. Endocrinol Nutr 2005; 52(Supl 2):41-46.
- ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition. Clinical Nutrition (2006) 25, 175-76
- González S., Doménech I. Nutrición enteral: concepto, indicaciones, vías y formas de administración, material necesario. En: Manual de nutrición clínica y dietética 2ª Edición. Ed Díaz de Santos 2007
- Muñoz A., Ortego J. Seguimiento del paciente con nutrición enteral y complicaciones asociadas. En: Manual de nutrición clínica y dietética 2ª Edición. Ed Díaz de Santos 2007
- Consejería de Salud. Proceso de Soporte Nutrición Clínica y dietética. 2006.
- McCloskey J., Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Ed Elsevier. Madrid 2006.



DEFINICIÓN

Inserción de una sonda en el tracto gastrointestinal.



OBJETIVOS

Administración de nutrición enteral terapéutica.



PERSONAL

Enfermera/o.



MATERIAL

- Sonda nasointestinal de poliuretano
- Jeringas de 20cc
- Lubricante hidrosoluble (opcional)
- Fonendoscopio
- Guantes
- Gasas
- Batea
- Recipiente o bolsa para vómitos o secreciones
- Paño estéril
- Agua
- Apósito para fijación de sonda o esparadrapo



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Informar al paciente sobre el procedimiento y mostrarle la sonda.
- Si existiera prótesis dentaria, retirar.
- Recabar su colaboración y establecer una señal para que nos comunique si siente molestias o si nota que pasa la sonda al árbol respiratorio.
- Colocar al paciente en una posición confortable, sentado o semi incorporado (elevar la cabecera de la cama 45° a 90°); si esto no fuera posible, colocarlo en decúbito lateral.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes.
- Comprobar que se dispone de todo el material necesario y colocarlo en una batea.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Atender a las demandas del paciente durante la realización de la técnica.
- Comprobación de correcta colocación de la sonda mediante RX.
- Movilización y cambio de fijación de la sonda periódicamente, para evitar úlceras por decúbito.
- Indicador: las SNG de la alimentación enteral tienen Rx torax.
95 - 100 %
- Método: aleatorio entre muestra de nutrición anual.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Colocar cerca un recipiente o entregar al enfermo una bolsa por si la sonda estimula el vómito.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Medir la longitud necesaria para llegar al estómago: distancia nariz-oreja-apéndice xifoides del esternón. Marcar con esparadrapo o, en caso de que la sonda venga ya marcada, fijarse en cuál es la señal más cercana a la distancia total. Cuando se desee hacer una colocación en duodeno, hay que introducir una medida adicional.
- Lubricar el extremo distal de la sonda y el interior de la misma con agua (opcionalmente se puede además lubricar el extremo distal con vaselina).
- Examinar las fosas nasales, por si hubiera alguna obstrucción y preguntar al paciente si presenta alguna anomalía, como, por ejemplo, desviación de tabique.
- Proceder a la inserción de la sonda por la fosa nasal suavemente, apuntando hacia abajo y hacia atrás. Cuando la sonda llegue a la faringe, se rotará 180°, se colocará la cabeza del paciente hacia abajo y se le indicará que realice movimientos deglutorios (un masaje suave en la garganta puede estimularlos en el paciente inconsciente). A continuación seguiremos introduciendo la sonda, sin forzarla, e intentando coordinarnos con los movimientos deglutorios del paciente, hasta llegar a la marca que medimos..
- Comprobar la correcta colocación de la sonda mediante insuflación de 10 a 25cc aire y auscultación con fonendoscopio en epigastrio (el aire en el estómago produce un sonido de gorgoteo) y/o aspirado de jugo gástrico (observar características y medir pH que debe ser ácido: <5).
- Fijar la sonda a la nariz con esparadrapo hipoalérgico (para aumentar la adherencia, ésta debe estar limpia) evitando hacer presión sobre las fosas nasales.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Canalización del árbol respiratorio.
- Vómitos.



PRECAUCIONES

- Asegurarse que el paciente deglutine durante la técnica.
- No forzar nunca su entrada.



REGISTRO

Registrar la fecha y la cantidad de SNG introducida. Debido por SNG.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Balog C., Smith L. Nutrición por sonda: aplicación clínica. Ross Laboratorios, división de Abbott Laboratorios.
- Vázquez C. Nutrición enteral y Enfermería.
- Parragón M.A., Corella J. M., Marcos V., Martínez F. Nutrición enteral, aspectos relacionados con la enfermería. Enfermería Integral. Tercer trimestre año 2000.
- Obregón O. Alimentación enteral. <http://ar.geocities.com/tokero2002>
- González S., Doménech I. Nutrición enteral: concepto, indicaciones, vías y formas de administración, material necesario. En: Manual de nutrición clínica y dietética 2ª Edición. Ed Díaz de Santos 2007.



DEFINICIÓN

Recogida y análisis de los datos nutricionales del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.



OBJETIVOS

Valorar y analizar nutricionalmente a la mayor población posible con riesgo de mal nutrición por defecto, en especial a los ancianos (personas > 75 años).



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Metro.
- Peso.
- Índice de masa corporal.
- Test de MUST (anexo II)



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Preparado el MUST.
- Cinta métrica.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- A todos los pacientes que cursen con riesgo de malnutrición se les determinará:
- Peso, pérdidas y ganancias, talla, IMC.
- Ingesta de la última semana.
- MUST, y la valoración constará en la Historia (anexo I)
- Se aplicará semanalmente, si ≥ 2 se derivará a Unidad de Nutrición y dietética a través de su médico.
- Valoración de piel y mucosas por día.
- Monitorizar diariamente la aceptación de la dieta, la ingesta y la tolerancia.
- Incluir tabla I como anexo.
- Necesidades del cuidador principal si SNG, PEG, PEJ, o ingesta insuficiente.
- Proporcionar comida y líquidos según corresponda.
- Mejorar la ingesta global con dieta hecha apetecible (caliente, olor...), o enriqueciéndola con aportes.
- Vigilar niveles de energía, fatiga y debilidad.
- Ambiente para conocer y disponer de condiciones óptimas.

REGISTRO



- En pacientes con riesgo (>75 años, patologías que cursen con malnutrición) anotar el MUST y evolución de ingesta.
- Si MUST \geq 2 derivar al médico y aportes.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Todo paciente ingresado con riesgo se realizará valoración nutricional: MUST.
- Indicador: todo paciente con riesgo / nº MUST realizados.
St: 50%
- Medicación: aleatoriamente al año nº de personas con patología de riesgo o > 75 / MUST realizado en hª enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- NIC.
- Proceso asistencial soporte: NUTRICIÓN. Efectividad de las intervenciones en ancianos en el hospital.



DEFINICIÓN

Preparación y aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la capacidad de respuesta del paciente. Según la vía de administración existen dos tipos: central (N.P.C) y periférica (N.P.P.)



OBJETIVOS

Mantener o mejorar el estado nutricional cuando no se pueda o no se deba cubrir las necesidades nutricionales de los pacientes por vía enteral.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Bomba de infusión.
- Sistema para bomba.
- Bolsa o frasco de nutrición parenteral.
- Batea.
- Gasas.
- Povidona yodada.
- Guantes estériles.
- Paño estéril (N. P. C.).
- Mascarilla (N. P. C.).
- Apósitos estériles de vías, si procede.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar el procedimiento al paciente y darle la oportunidad de expresar sus dudas y preocupaciones; la pérdida de la capacidad de alimentación puede ser negativa para la autoimagen del paciente.
- Informar a los familiares.
- Realizar canalización de vía central a través de vía periférica (drum) o ayudar a la inserción de la misma (subclavia, yugular...) (N.P.C.).
- Determinar la colocación correcta del catéter central intravenoso mediante examen radiológico (sólo tras inserción del mismo) (N.P.C.).
- Canalizar vía periférica (N.P.P.).
- Dar participación al paciente para elegir juntos la mejor hora (visitas).



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de mascarilla (N.P.C.).
- Colocación de guantes estériles.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Retirar la bolsa de nutrientes de la Farmacia cuando ésta avise que está preparada. Mantener en el frigorífico hasta 30 minutos antes de su utilización.
- Preparar bomba de infusión y equipo.
- Retirar solución a administrar del frigorífico como se mencionó anteriormente. (30 min. antes)
- Cotejar la etiqueta de la bolsa o frasco con el nombre y las prescripciones del paciente y colgar en el palo de la bomba.
- Comprobar cantidad total a administrar, ritmo de infusión, etc.
- Verificar, en caso de vía central, que la colocación del catéter se ha confirmado por medio de rayos X.
- Disponer campo estéril y colocar en él el material a utilizar. Tapanlo con otro paño.
- Dejar libre la gasa de protección de la conexión.
- Disponer paño estéril lavado quirúrgico alrededor de la zona de conexión y punto de implantación del catéter.
- Tomar medidas de asepsia: guantes, mascarilla, etc. según sea el caso.
- Conectar sistema a bolsa o frasco de nutrición (sin tocarlo) y purgar. (con la auxiliar lo no estéril)
- Retirar el apósito que recubre la conexión y limpiar ésta, junto con la parte del catéter que está al descubierto, con Povidona yodada.
- Clamplar el catéter antes de desconectar del antiguo sistema para unir el nuevo.
- Rodear la conexión con una gasa impregnada en Povidona y fijar con nudo la gasa.
- Ajustar el ritmo de goteo que corresponda, según indicación (está impreso en la bolsa de alimentación).



PUESTA EN ORDEN

- Retirar, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Lavado de manos.



PRECAUCIONES

- Seguir siempre una estricta asepsia en la técnica de manipulación del catéter, conexiones de la cánula y vendajes. Dicha manipulación debe reducirse al mínimo posible.
- Protocolo cura de vías.
- Si vuelve a humedecerse un vendaje que se acaba de cambiar, examinar cuidadosamente las conexiones y el catéter expuesto, por si existe rotura; observando las normas de asepsia citadas anteriormente.
- Si no se utiliza un sistema opaco, proteger la nutrición de la luz envolviendo éste con papel de aluminio.
- Cambiar el sistema y la conexión cada 24 horas.
- Comprobar con regularidad la velocidad de goteo y la permeabilidad del catéter.
- Mantener un flujo constante de la NPT, nunca se deberá pasar rápidamente la N.P. retrasada.
- Observar si existe enrojecimiento o signos de flebitis en la zona de punción o trayecto del catéter.
- Rotar la vía cada 48-36 horas (en la nutrición periférica) aunque no aparezcan complicaciones antes si existe clínica de eritema, edemas o dolor.
- Extraer analítica según prescripción médica.
- Realizar balance hídrico diario.
- Control de glucemia y glucosuria cada 6 horas.
- Para evitar las lesiones bucales y Parotiditis, el paciente debe cepillarse los dientes y la lengua frecuentemente y usar un enjuague bucal, así como un protector de labios.
- No tener colgada la bolsa de nutrición más de 24 horas.



PRECAUCIONES

- Nunca desconectar sin haber clampado previamente el catéter y con el paciente en posición erecta, a fin de evitar una embolia gaseosa.
- No suspender bruscamente la infusión de nutrición parenteral, Si existe un retraso en preparación de ésta por parte del servicio de Farmacia; una rotura de la bolsa o cualquier otra eventualidad, colocar, mientras tanto, un suero glucosado al 10% al mismo ritmo, con el fin de evitar una hipoglucemia. Si el paciente es diabético realizar control de glucemia cada 4 horas y avisar al médico ante una hiperglucemia.
- Es desaconsejable el uso innecesario de empalmes y conexiones, debiéndose utilizar las estrictamente necesarias.
- Evitar la obtención de muestras de sangre o la infusión de otros productos a través del sistema o del catéter de nutrición; éstos deben ser exclusivos para la N.P.. Si los pacientes requieren mucha medicación I.V, y/o tiene accesos venosos periféricos dificultosos, se recomienda utilizar catéteres centrales de doble o triple luz. En caso de doble luz se elegirá la de la derecha para la nutrición y en los de triple luz, la del centro.
- No añadir tampoco ningún medicamento a la bolsa o frasco de nutrición.

Sólo para la nutriciones por vía periférica:

- Utilizar el mayor calibre en la vena elegida.
- Colocar en reposo la extremidad en la que se está realizando la infusión.
- Elegir catéteres de silicona o teflón (son menos trombogénicos).



PROBLEMAS POTENCIALES

- Complicaciones metabólicas: hiperglucemia, hipoglucemia, hiperlipemia...
- Complicaciones debidas al catéter: neumotórax, posición incorrecta del catéter, obstrucción, tromboflebitis ...
- Complicaciones infecciosas: flebitis, bacteriemia...



REGISTRO

- Anotar en gráfica tipo de catéter día y hora de colocación.
- Signos vitales (Tº, T.A., R., P.) cada 4-6 horas y parámetros nutricionales una vez a la semana.
- Incorporación y eliminación diarios. Balance.
- Anotar cantidad de nutrición administrada por turno, hora de comienzo y finalización de la fórmula, así como la posible interrupción junto con su causa.
- Registrar en incidencias y avisar al médico en caso de observar cualquier síntoma de complicación como:
 - Fiebre.
 - Enrojecimiento o inflamación alrededor del punto de inserción o trayecto del catéter.
 - Supuración de la zona de punción.
 - Vendaje húmedo o manchado, tras cambiarlo.
 - Edema
 - Deshidratación.
 - Hipoglucemia o hiperglucemia.
 - Cualquier alteración de los signos vitales o del estado general: disnea, hiporeflexia, irritabilidad, náuseas, vómitos, estupor, arritmia, dolor, tetania etc.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Observar medidas estrictas de asepsia en el cambio de bolsa de N.P.
- Utilizar exclusivamente el catéter para N.P.
- Realizar los controles protocolizados en el centro (glucemia, diuresis...).

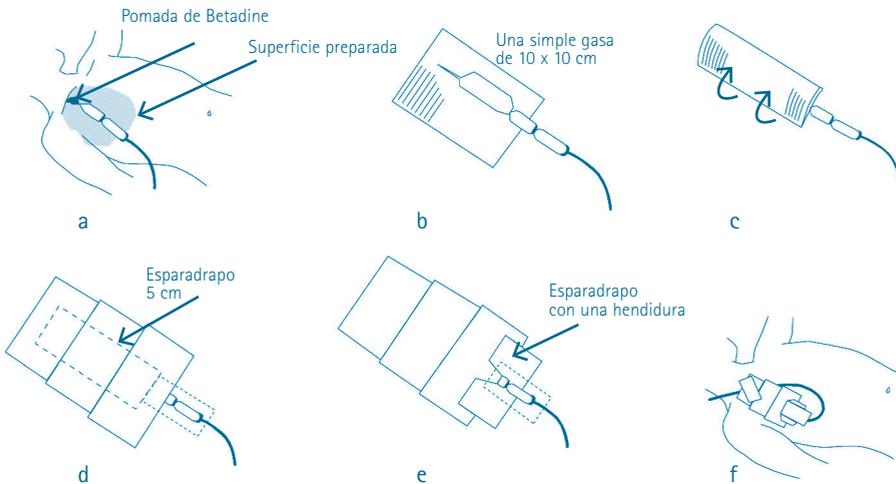
INDICADOR: Toda NPT debe tener una vía exclusiva de admisión señalizada.
st: 95 - 100%

MÉTODO: toda NPT estará señalizada con un distintivo para todos los pacientes igual. Confirmación de la supervisión diaria.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Manual de procedimientos generales de Enfermería 1994. Hospital Juan Ramón Jiménez.
- ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN 2002; 26:80SA-81SA.
- Ordóñez F.J. Nutrición Parenteral En: Manual de Actuación, Evidencia científica en Soporte nutricional especializado. Ed IM&C .Madrid 2006.
- Martínez C., et al. Soporte nutricional basado en la evidencia. Endocrinol Nutr 2005; 52(Supl 2):41-46.
- Oliveira G., González I. Nutrición parenteral: enfoque práctico para su prescripción y seguimiento. En: Manual de nutrición clínica y dietética 2ª Edición. Ed Díaz de Santos 2007
- Fernández J.F, Banderas E. Complicaciones de la nutrición parenteral. En: Manual de nutrición clínica y dietética 2ª Edición. Ed Díaz de Santos 2007.
- Consejería de Salud. Proceso de Soporte Nutrición Clínica y dietética. 2006.
- McCloskey J., Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Ed Elsevier. Madrid 2006.





DEFINICIÓN

Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa. Definiendo disfagia como la dificultad para tragar (deglutir).

INTRODUCCIÓN

La disfagia se asocia a un gran número de afectaciones neurológicas, o al proceso de envejecimiento e incluso a la toma de determinados medicamentos.

Es esencial reconocer los factores de riesgo y los signos de disfagia de forma temprana. La deglución tiene cuatro partes; a-preparación oral, b-oral, c-faríngea, d-esofágica y estas dependen de seis pares craneales el 5º,7º,9º,10º,11º y 12º.



OBJETIVOS

Manejar adecuadamente la disfagia en el adulto para reducir el riesgo de aspiración y mantener una nutrición e hidratación adecuadas.



PERSONAL

· Enfermera/o.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Reconocer los factores de riesgo: AVC, demencias, ELA, alteraciones del nivel de conciencia evidenciado mediante escala RAS, fracturas cervicales, intubación de larga evolución, ancianos frágiles,...
- Evidenciar signos de disfagia: tos a la ingesta, atragantamiento, bronco aspiración, test del agua (anexo I).
- EXCLUSIÓN DE LA ALIMENTACIÓN POR SNG, PUES TIENE SU PROPIO PROTOCOLO.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente debe ser valorado exhaustivamente.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

A. VALORAR SIEMPRE ANTES DE INICIAR NUTRICIÓN-HIDRATACION ORAL:

1. Nivel de conciencia y estado de alerta.
2. Percepción, orientación, atención y compulsividad.
3. Fármacos utilizados: hipnóticos, neuroléptico, analgésicos,...
4. Fuerza, movimiento y simetría de los músculos faciales, lengua y boca.
5. Sensibilidad facial y oral.
6. Voz y conversación.
7. Reflejo tusígeno y fuerza a la tos voluntaria.
8. Deglución, problemas de alimentación y dieta.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

B. ASEGURAR SIEMPRE EN LA INGESTA ORAL:

1. Que los alimentos y los líquidos tienen la textura y consistencia adecuada según las indicaciones, evitando los líquidos no densos, las texturas mixtas, los alimentos secos que se desmenuzan, los alimentos en grano, los que necesiten masticación, con semillas o pegajosos.
2. La temperatura de los alimentos deben ser templados, evitar los alimentos con temperaturas altas o muy bajas.
3. Una alimentación adecuada según la técnica recomendada.
4. La correcta administración segura de la medicación.
5. Monitorizar siempre la ingesta y las incidencias para nutrir adecuadamente.
6. Todos los miembros del equipo conocen el riesgo y está anotado en la historia de enfermería.
7. Una posición de Fowler 45° o mayor con la cabeza y el cuello apoyados, en el caso de inestabilidad en la cabeza colocar la mano en la frente para sujeción y apoyándola.
8. Si la parálisis es unilateral inclinar la cabeza hacia el lado no afecto y rotarla hacia el lado afecto si es posible.
9. Si la ingesta está disminuida y el esfuerzo para ingerir es grande es bueno compensarlo con una dieta hipercalórica y nutritiva.

TÉCNICA

- Situar por debajo del nivel de los ojos del paciente.
- Colocar la cama en fowler 45° o superior según proceda.
- Evitar que hable durante la deglución.
- Estar en un ambiente agradable con pocos estímulos.
- Colocar la comida en el lado no afecto.
- Evitar tocar los dientes o el fondo de la boca con la cuchara.
- Echar el tiempo necesario, sin prisas.
- Animar a que tosa después de tragar si procede.
- Si el cansancio es un problema hacer seis comidas al día de menor cantidad.

EN CASO DE DAÑO CEREBRAL SEVERO:

- Estimulación multisensorial para mejorar el estado de alerta (luz, sonido,..)
- Orientar siempre en su entorno antes de cualquier toma.
- Promover ambiente tranquilo.
- Aminorar el ritmo de deglución y evitar distracciones.
- Pequeñas cantidades y si tarda mucho más frecuentes.

VIGILAR SIEMPRE

- Si el paciente está alerta y no cansado al alimentarlo.
- Vigilar los efectos secundarios de los medicamentos del SNC.
- Si la alimentación es compulsiva aminorar la velocidad y dar pequeños bocados.
- Evitar dar líquidos si tiene factores de riesgo hasta que no esté valorado el riesgo.
- Evitar pajitas y/o jeringas pues dificultan el control de los líquidos.
- Evitar la extensión del cuello.
- No iniciar alimentación tras haber sido intubado hasta valorar la disfagia.
- Asegurar antes de comenzar el aspirado de secreciones orofaríngeas si procede.
- Tener preparado el aspirador siempre por el riesgo de Aspiración.
- Anotar el riesgo siempre en la historia de enfermería para que todo el equipo lo sepa y reflejado en el plan de cuidados.

DESPUÉS DE LA TOMA.

- Comprobar que no hay restos y realizar higiene y cuidados bucales.
- Mantener en fowler hasta 60 minutos después, si procede.
- Monitorizar y anotar la ingesta de alimentos y líquidos.
- FORMACIÓN DE LAS CUIDADORAS ANTES DEL ALTA PARA ASEGURAR UNA ALIMENTACIÓN SEGURA Y SANA.
- Técnicas seguras y efectivas de alimentación.
- Medidas ante una posible aspiración.
- Educación de la dieta.
- Posiciones a utilizar.
- Alimentación segura: textura, temperatura, consistencia, etc.
- Modificación de la dieta de acuerdo con las preferencias de la cuidadora principal si procede.
- Enseñar a tener anotados signos de la nutrición/desnutrición para seguimiento por su enfermera del centro de salud.



PRECAUCIONES

- En pacientes con patologías de riesgo, valorar siempre la deglución y el riesgo de aspiración. TEST DEL AGUA.
- Valorar siempre la disfagia e incluirla en el plan de cuidados.
- Asegurar la textura, consistencia, y tipos de alimentos y líquidos.
- Toda ingesta debe monitorizarse.
- Reducir en la medida de lo posible el riesgo de aspiración.
- Los cuidadores deben saber manejar la alimentación antes del altas tanto en conocimientos como en habilidades, para asegurar una ingesta adecuada a las personas con disfagia.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Todo paciente con patología de riesgo debe de tener valorada la disfagia y el riesgo de aspiración.
- Debe registrarse los conocimientos de la cuidadora principal en personas dependientes.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Riesgo de desnutrición
- Riesgo de aspiración versus aspiración.



CRITERIOS DE CALIDAD

- CRITERIO1: Todo paciente de riesgo debe tener valorada la disfagia.
- Standard: 100%.
- INDICADOR: pacientes con patología de riesgo/pacientes valorada la disfagia.
- AUDIT: 10 historias con GDR-AVC con alteraciones de la deglución.

123
ABC

BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luís Rodrigo.
- NIC
- Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica. Evidence Based Practrice Information. Reproducido del Best Practrice; 4(2):1-6.Actualizado 20-03-07. ISSN 1329-1874.



CRITERIOS DE RESULTADO

- Mejorar la nutrición en los pacientes con disfagia.
- Evitar aspiraciones.

ANEXO I

Cuadro 10: Circunstancias que hacen sospechar disfagia con riesgo de aspiración.

- Nivel de conciencia disminuido.
- Disartria intensa.
- Disfonía.
- Reflejo nauseoso abolido o disminuido.
- Parálisis facial.

Test de comprobación

Esta prueba consta de dos fases:

- Primera fase: con una jeringuilla se dan a tomar 10 ml de agua; esta prueba se repite tres veces consecutivas y si el paciente es capaz de deglutir sin problemas se pasa a la segunda fase.
- Segunda fase: consiste en darle a tragar 50 ml de agua en un vaso. La prueba se da como positiva si ocurre goteo bucal de agua, tos o estridor al deglutir o ausencia de movimiento laríngeo.

Conclusiones:

- En los pacientes en que el test con 10 ml de agua resulte positivo, se debe suspender la vía oral
- Aquellos capaces de deglutir 10 ml, pero no una cantidad mayor, se nutrirán con una dieta semisólida, utilizando técnicas de compensación deglutoria.
- Los que tragan 50 ml sin problemas pueden recibir una alimentación oral normal.



DEFINICIÓN

Actuación ante un paciente con una sonda gastrointestinal.



OBJETIVOS

Evitar complicaciones derivadas del sondaje gastrointestinal.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Jeringas de 20cc y 50cc.
- Fonendoscopio.
- Guantes.
- Gasas.
- Batea.
- Agua.
- Apósito para fijación de sonda o esparadrapo.
- Colutorio antiséptico.
- Vaselina.
- Suero fisiológico.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Informar al paciente sobre el procedimiento.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Limpieza de las fosas nasales con suero y de la boca con algún colutorio.
- Poner vaselina en los labios si están resecos
- Vigilar integridad de la sonda y movilizar la misma para evitar úlceras por decúbito.
- Cambiar los esparadrapos de fijación al realizar movilización o cada vez que sea necesario.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Lavado de manos.



PRECAUCIONES

Comprobar la correcta colocación de la sonda (atención a la desinserción por tracción accidental), así como su permeabilidad.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Anomalías observadas en piel o mucosas.
- Irregularidades que puedan existir en la sonda.



CRITERIOS DE RESULTADO

- 1.- Cooperará en la movilización de acuerdo con sus capacidades durante el pacto.
- 2.- Explicará las complicaciones de la inmovilidad que puedan darse.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Extracción accidental de la sonda al manipularla.
- Obstrucción de la sonda.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Realización de cuidados con la periodicidad establecida en protocolos del centro.
- Indicador: Cumplimiento del protocolo.
st: 90 %
Método: Nutrición nos dará 20 pacientes con sonda nasogástrica.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Calañas A, García Luna P.P. Nutrición enteral (I): indicaciones, vías de acceso, tipo de productos. En: Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Ed SCM 2002.
- McClave S.A., et al. North American Summit on Aspiration in the Critically Ill Patient: Consensus Statement. JPEN 2002; 25(6):80S-85S.
- ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN 2002; 26:80SA-81SA.
- León M. Nutrición Enteral En: Manual de Actuación, Evidencia científica en Soporte nutricional especializado. Ed IM&C .Madrid 2006.
- Martínez C., et al. Soporte nutricional basado en la evidencia. Endocrinol Nutr 2005; 52(Supl 2):41-46.
- ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition. Clinical Nutrition (2006) 25, 175-76
- González S., Doménech I. Nutrición enteral: concepto, indicaciones, vías y formas de administración, material necesario. En: Manual de nutrición clínica y dietética 2ª Edición. Ed Díaz de Santos 2007.
- Muñoz A., Ortego J. Seguimiento del paciente con nutrición enteral y complicaciones asociadas. En: Manual de nutrición clínica y dietética 2ª Edición. Ed Díaz de Santos 2007.
- Consejería de Salud. Proceso de Soporte Nutrición Clínica y dietética. 2006.
- McCloskey J., Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Ed Elsevier. Madrid 2006.



DEFINICIÓN

Preparación de un paciente para seguir una dieta prescrita.



OBJETIVOS

Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita.
- Explicar el propósito de la dieta.
- Informar al paciente del tiempo durante el que debe seguirse la dieta.
- Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible.
- Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida, si procede.
- Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.
- Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados.
- Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente.
- Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.
- Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede.
- Recomendar un libro de cocina que incluya recetas coherentes con la dieta, si procede.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición, si es preciso.
- Incluir a la familia / ser querido, según la organización familiar.

CONSIDERACIONES

Tener especial precaución de adecuar la dieta al proceso por el que pasa el paciente.

- Las preparaciones de los alimentos deben ser de agradable sabor para estimular el apetito; si no existen patologías digestivas asociadas, se permite y recomienda el uso de condimentos.
- Es importante el consumo de una alimentación variada, que aporte alimentos de los distintos grupos; si faltase por completo algún grupo de alimentos, o bien las cantidades ingeridas habitualmente fueran inadecuadas se podrá aconsejar el uso de suplementos vitamínicos y minerales en bajas concentraciones.
- La consistencia de los alimentos se adaptará a la salud bucodental del anciano y se valorará la presencia de disfgia tan frecuente en este grupo de población; si no existen problemas no es necesario que la consistencia de la alimentación se modifique. Se estimulará el consumo de alimentos ricos en fibra, para prevenir el estreñimiento.
- Es frecuente que los ancianos no realicen un correcto fraccionamiento de la alimentación y suspendan alguna de las comidas principales, generalmente la cena, y la reemplacen por una infusión; si este hábito no puede modificarse, se recomendará consumir con la misma alimentos que provean una elevada densidad de nutrientes, como cereales precocidos, pan con queso, postres elaborados con leche, etcétera.
- Si se presenta intolerancia a la lactosa, se sugerirá el consumo de lácteos con lactosa hidrolizada o alimentos que la contengan en bajas cantidades (yogur o queso).
- Puede incluirse una moderada cantidad de alcohol en las comidas si es que no existen contraindicaciones por el consumo de medicamentos o se asocia sobrepeso u obesidad.

CRITERIOS DE CALIDAD



Criterio: Nivel de conocimiento alcanzado con respecto a la dieta, según escala de liker.

Conocimiento dieta

Estandar: 70%

Indicador: N° de pacientes con la intervención enseñanza de la dieta prescrita/ N° de escala de liker nivel de conocimiento.

Auditoría: 10 historias de pacientes con GDR diabetes Mellitus tipo I.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

<http://www.eufic.org/article/es/page/FTARCHIVE/artid/eleccion-alimentos-comportamiento/>
Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA)

Manual De Recomendaciones Nutricionales En Pacientes Geriátricos. Segunda Edición. Coordinador Editorial:
Editores Médicos SA, Madrid 2004. McCloskey, Joanne, Bulechek, Gloria. NIC. Cuarta edición.

1400

MANEJO DEL DOLOR

DEFINICIÓN



Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

OBJETIVOS



Disminuir el dolor a nivel aceptable tras valoración EVA.

PERSONAL



· Enfermera/o.

MATERIAL



El necesario para la técnica a utilizar.

PREPARACIÓN DEL PERSONAL



Realizar antes de iniciar la técnica una valoración del dolor con EVA.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE



Dar oportunidad de que participe en sus procesos.

DESCRIPCIÓN DE ETAPAS



- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluya la historia individual y familiar de dolores crónicos o que conlleven incapacidad, si es el caso.
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe y llevar un diario).
- Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que facilite el alivio del dolor, si procede.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, terapia musical, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor / frío y masajes) antes, después y si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente; y junto con las medidas de alivio del dolor.
- Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.
- Mediar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.
- Asegurar las estrategias de analgesia de penetración y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.
- Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Fomentar periodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituyen un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Informar a otros cuidadores / miembros de la familia sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.
- Utilizar un enfoque multidisciplinar al manejo del dolor, cuando corresponda.
- Considerar la posibilidad de remitir al paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes.
- Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.
- Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Todo paciente con dolor agudo/crónico debe tener pasada una escala de valoración del dolor analógica visual.
- Standard: 80-90%.
- Indicador: Todo proceso paliativo o quirúrgico mayor debe tener una escala de valoración del dolor/número de valoraciones realizadas.
- Auditado: veinte historias aleatorias de procesos paliativo/isquemia aguda o crónica.



DEFINICIÓN

Manipulación del entorno físico del paciente para fomentar la seguridad.



OBJETIVOS

Mejorar la seguridad de los pacientes ingresados dentro de las posibilidades de la organización del hospital.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

Crear un ambiente seguro para el paciente.

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, si procede.
- Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala, si procede.
- Disponer de camas de baja altura para cuando se precise.
- Disponer de dispositivos de adaptación (banco de escalera o barandillas), si procede.
- Colocar los muebles en la habitación de manera que se acomode mejor a las discapacidades del paciente o de la familia.
- Facilitar una sonda suficientemente larga que permita libertad de movimientos, si procede.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Proporcionar una habitación individual, si está indicado.
- Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- Proporcionar un colchón adecuado según disponibilidad.
- Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente.
- Disminuir los estímulos ambientales, si procede.
- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
- Limitar las visitas.
- Individualizar las restricciones de visitas par que se adapten a las necesidades del paciente o de la familia / ser querido.
- Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.
- Traer objetos del hogar que le resulten familiares.
- Mantener una coherencia en cuanto a la asignación de personal con el tiempo.
- Valorar riesgo de caídas: utilizar Escala de Caídas Múltiples.
- Establecer medios inmediatos y continuos de llamada a los cuidadores y permitir que el paciente y la familia sepan que se les responderá inmediatamente.
- Permitir que la familia / ser querido se queden con el paciente.
- Educar al paciente y a la familia acerca de los cambios y precauciones, de forma que no interrumpan inadvertidamente el ambiente planificado.
- Proporcionar a la familia información sobre la composición de un ambiente hogareño seguro para el paciente.
- Favorecer la seguridad contra incendios, si procede.
- Controlar plagas ambientales, si es el caso.
- Proporcionar ambientadores, si es necesario.
- Proporcionar cuidadosa las flores / plantas.



REGISTRO

Registrar todos los requerimientos necesarios para la seguridad del paciente.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Valoración de R. caídas si test de caídas múltiples ≥ 7 en pacientes > 65 años.
Ind: Todo paciente con caídas se valorará el riesgo del paciente con $RCM \geq 7/n^{\circ}$ anotaciones en Historia
St: 80 - 90 %



PROBLEMAS POTENCIALES

- Caídas.
- Lesiones.
- Lesiones del cuidador.



BIBLIOGRAFÍA

- NIC.
- Artículos del estudio de caídas.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Vigilar la analgesia producida a través de una EVA (procurar la indicada en el proceso).



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo paciente deberá tener un dolor aceptable según su tolerancia.
Indicador: todo paciente con dolor se pasará escala EVA
St: 80 - 85%
Método: aleatoriamente 10 ptes con GDR (Grupo relacionados de diagnósticos) de dolor se habrá pasado EVA y estudio de resultados en analgesia.



DEFINICIÓN

Prevenir o minimizar las posibles agresiones a los ojos o a la integridad visual.



OBJETIVOS

- Valorar el nivel de dependencia del paciente en cuanto a su capacidad de autocuidado.
- Mantener limpios los ojos, evitando la irritación e infecciones.
- Aplicar cuidados específicos en caso de existir alguna patología nueva.
- Dar seguridad al paciente, previniendo las alteraciones sensoriales.
- Fomentar la autoimagen y la autoestima.
- Fomentar la comunicación



PERSONAL

- Auxiliar de enfermería bajo la supervisión de una enfermera.
- Enfermera.



MATERIAL

- Gasas estériles.
- Guantes estériles de plástico o látex no estéril.
- Batea riñonera.
- Solución salina estéril, en envase que permita controlar la salida de líquido, en gotas o a chorro.
- Bolsa para desechos.
- Medicación específica si procede.
- Esparadrapo.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Crear ambiente de intimidad.
- Explicar al paciente el procedimiento y razones de por qué hay que mantener el cuidado de los ojos y cómo hacerlo.
- Cerrar puertas y ventanas.
- Colocarlo en posición adecuada: semi-Fowler en pacientes inconscientes si no hay contraindicación, y el fowler en los conscientes.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes.
- La enfermera o auxiliar de enfermería, debe realizarse lavado de manos previo al procedimiento de higiene y cuidado de ojos. Se colocará los guantes desechables de látex o plástico.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Se valora la capacidad del paciente y se decide el nivel de ayuda que requiere, mediante las escalas de valoración de Barthel y/o Lawton-brody.
- Se comunica al paciente la necesidad del cuidado de los ojos y la técnica que se va a realizar (si es posible el paciente debe participar en el cuidado). Informar al paciente de que no se toque los ojos.
- Preparar en una batea, los paquetes de gasas estériles, la solución salina, fármacos específicos, y dejarlo en la mesilla auxiliar cerca del paciente.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Colocar al paciente en decúbito supino en la posición de semi-Fowler en los pacientes inconscientes si no hay contraindicación, y el fowler al paciente consciente. Retirar las lentillas de contacto, si procede. Los pacientes que puedan hacerlo, se sentarán. La cabeza debe quedar ladeada al lado del ojo en el que se esté realizando el cuidado.
- Humedecer una gasa con la solución salina y limpiar del ángulo interno al ángulo externo de uno de los ojos, hasta que quede limpio de cualquier resto de secreciones, tanto en el párpado superior como en el inferior, utilizando una gasa para cada párpado. Posteriormente, se instala directamente desde el envase, solución salina, a chorro suave, con la cabeza ladeada al lado del ojo en el que estamos precediendo, y secamos rápidamente con una nueva gasa.
- Repetimos la operación en el ojo contrario, con la cabeza ladeada a ese lado.
- Una vez que están los dos ojos, limpios, se aplica los colirios específicos si procede, bajando el párpado inferior e indicar al paciente que mire hacia arriba, tras la aplicación: indicarle que realice movimientos rotatorios con el ojo para favorecer la absorción, si no hay ninguna contraindicación.
- En caso de aplicar pomadas, hacerlo del ángulo interno hacia el ángulo externo del párpado inferior, retirando los restos.
- En pacientes inconscientes, es conveniente, aplicar crema epitelizante, y en algunos casos antibiótica para prevenir la conjuntivitis y dejar los ojos tapados con gasas humedecidas en solución salina, que se irán renovando cada dos horas aproximadamente.



PUESTA EN ORDEN

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Comprobar que el paciente se encuentra cómodo y tiene la información necesaria.
- Lavarse las manos.



PRECAUCIONES

- En pacientes inconscientes se recomienda la higiene y cuidado de los ojos, cada 6 horas.
- Si el paciente utiliza gafas, lentes de contacto o prótesis oculares, se procederá al cuidado de los mismos y limpieza una vez finalizamos el procedimiento de higiene.



REGISTRO

- Registre las incidencias ocurridas durante el procedimiento y si ha observado alguna alteración en los ojos.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Infecciones oculares.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo paciente que requiera cuidado de los ojos se habrá valorado dependencia.
- Número de cuidados. Número de Barthel.
- st: 90 %
- Método: anual revisión.



BIBLIOGRAFÍA

- Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC), Cuarta Edición. Joanne C. McCloskey... Hacourt. Mosby.
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera Edición. Marion Jhonson... Hacourt. Mosby.
- Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Marion Jhonson, Gloria Bulechek... Ediciones Harcourt. Mosby.
- Fundamentos básicos de la enfermería práctica. FUDEN. 2001. Madrid.



DEFINICIÓN

Fomentar el aspecto de las uñas y prevenir la aparición de lesiones en la piel relacionadas con un cuidado inadecuado de las uñas.
Limpieza e inspección de los pies con el objeto de conseguir relajación, limpieza y salud en la piel.



OBJETIVOS

- Valorar el nivel de dependencia del paciente en cuanto a la capacidad para su autocuidado. (Uso de las escalas de valoración del Barthel/Lawton-brody)
- Prevenir ulceraciones y deformidades.
- Fomentar la autoimagen y la autoestima.
- Fomentar la comunicación.



PERSONAL

- Auxiliar de enfermería bajo la supervisión de una enfermera.
- Enfermera



MATERIAL

- Palangana
- Jabón neutro con respecto a la piel
- Agua templada (30 – 32°)
- Guantes desechables de látex o plástico no estériles.
- Paños de lavado
- Toalla
- Alicata o tijera para cortar uñas.
- Lima de uñas.
- Elementos para almohadillado y protección.
- Lima para durezas.
- Productos antisépticos si procede.
- Crema hidratante de pies y manos.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Crear ambiente de intimidad.
- Explicar al paciente el procedimiento y razones de por qué hay que mantener el cuidado e higiene de uñas de pies y manos y cómo hacerlo.
- Cerrar puertas y ventanas.
- Colocarlo en posición adecuada. Fowler con pies visibles.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todos los pacientes con dependencia severa tendrán pautados estos cuidados.
- Auditado: Historia de enfermería.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

PIES:

- Se valora la capacidad del paciente para el autocuidado de pies y uñas del pie.
- Se comunica al paciente la necesidad de los cuidados específicos y se le invita según su capacidad participar en el procedimiento. Instruir en la importancia del cuidado.
- La enfermera o auxiliar de enfermería, debe retirarse anillos y pulseras y realizarse lavado de manos previo al procedimiento de higiene. Se colocará los guantes desechables de látex o plástico.
- Se llena la palangana de agua, a 30 –32°.
- Si no se ha realizado en la higiene del paciente, se procede al lavado de los pies con agua y jabón y con una esponja suave evitando fricciones, estando el paciente acostado o sentado según el nivel de dependencia y estado clínico, colocando previamente paños impermeables para proteger el colchón.
- Enjuagamos con abundante agua a chorro, eliminando cualquier resto de jabón.
- Secar muy bien, especialmente por los espacios interdigitales.
- Valorar el estado de los pies (deformidades, durezas, ulceraciones, etc.).
- Valorar la temperatura, coloración y pulsos así como la presencia de edemas.
- Aplicar los cuidados específicos si existen lesiones cutáneas (ulceraciones por presión vascular).
- Limar las durezas más destacadas con suavidad.
- Cortar las uñas cuidadosamente en línea recta.
- Administrar loción hidratante dando ligero masaje para evitar la formación de grietas.
- Registrar el cuidado.

UÑAS/MANOS:

- Se valora la capacidad del paciente para el autocuidado de las uñas y manos.
- Se comunica al paciente la necesidad de los cuidados específicos y se lo invita según su capacidad participar en el procedimiento.
- La enfermera o auxiliar de enfermería, debe retirarse anillos y pulseras y realizarse lavado de manos previo al procedimiento de higiene. Se colocará los guantes desechables de látex o plástico.
- Se llena la palangana de agua, a 30 – 32°.
- Si no se ha realizado en la higiene del paciente, se procede al lavado de las manos con agua y jabón y con una esponja suave evitando fricciones.
- Enjuagamos con abundante agua a chorro, eliminando cualquier resto de jabón.
- Secar muy bien, especialmente por los espacios interdigitales.
- Dejamos las manos durante 2 minutos sumergidas en agua limpia.
- Cortar las uñas cuidadosamente en línea recta, dejando sobresalir como mínimo de la base de la uña 10 mm, aunque dejaremos al paciente que decida su largo según costumbre si puede hacerlo.
- Retirar restos de suciedad dentro de las uñas.
- Administrar loción hidratante dando ligero masaje para evitar la formación de grietas.
- Registrar el cuidado.



PUESTA EN ORDEN

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Comprobar que el paciente se encuentra cómodo y tiene la información necesaria.
- Lavarse las manos.



PRECAUCIONES

- Evitar la inmersión prolongada ya que la piel se puede macerar.
- Procurar que las uñas no queden excesivamente cortas ni excesivamente largas, cortar rectas las de los pies.
- Extremar los cuidados en pacientes diabéticos, con trastornos metabólicos y circulatorios.



BIBLIOGRAFÍA

- NIC.
- Consenso expertos hospital.



DEFINICIÓN

Limpieza, inspección y prevenir lesiones en la piel de los pies y periungueales en pacientes con neuropatía distal, en especial los diabéticos.



OBJETIVOS

Informar en autocuidados y suplir los cuidados en la dependencia sin cuidador.



PERSONAL

· Auxiliar de enfermería. Enfermera si educación.



MATERIAL

· Educación: espacio adecuado y tiempo necesario.
· Suplencia: cortauñas, palangana, agua tibia y toalla.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

· Prepara el material necesario.
· Lavado manos y colocar guantes.
· Material gráfico para el alta si procede.



PUESTA EN ORDEN

· Recoger todo lo utilizado y colocarlo una vez limpio en su lugar.
· Lavado de manos tras desechar guantes.



REGISTRO

Se registrará en todo diabético de + de 10 años el conocimiento del cuidado de los pies.

PROBLEMAS POTENCIALES



Lesiones en piel de pies e infecciones.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Todo paciente con ingreso y diabético se realizará educación sanitaria y se pondrá en la Historia los conocimientos sobre el cuidado de los pies.
- Diabético como ingreso de + 10 años, Historia consta de adecuación y grado.

BIBLIOGRAFÍA



- NIC.
- Cuidados pie diabético: <http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/pieDiabetico.asp>
- Cuidados pie diabético: http://www.umm.edu/esp_encg/article/003937.htm



DEFINICIÓN

Promoción del aseo, limpieza y aspecto del pelo o aconsejar para hacerlo a la cuidadora.



OBJETIVOS

· Higiene de la cabeza.



PERSONAL

· Auxiliar de enfermería bajo la supervisión de una enfermera.
· Enfermera



MATERIAL

- 1 silla
- 2 jarras con agua caliente (= 37°C)
- champú PH neutro o de tratamiento.
- 1 palangana o recipiente grande. Jarra de agua.
- 2 hules o bolsas de plástico
- 2 toallas
- 1 peine
- 1 secador de pelo
- 2 bolitas de algodón.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Crear ambiente de intimidad.
- Explicar al paciente el procedimiento y razones de por qué hay que lavar la cabeza.
- Cerrar puertas y ventanas.
- Colocarlo en posición adecuada (Posición de Roser) a si es independiente (B=100) realizarlo en aseo el paciente.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos
- Colocación de guantes y bata



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Valorar la técnica a seguir según nivel de dependencia del paciente (si es posible el paciente participará en la decisión).
- Si no hay contraindicaciones la posición del paciente es horizontal
- Retira el cabezal de la cama. Si no se puede, situar al paciente en un extremo superior de la cama.
- Coloca al paciente en la posición de Roser.
- Se sitúa una silla en la cabecera, protegiendo la parte superior del colchón con un hule, bolsa de plástico y con una toalla.
- Poner una toalla alrededor del cuello del paciente para que o se moje.
- Extender el otro hule debajo de la cabeza del paciente, enrollándolo por los lados. Deja un canal que desemboque por su otro extremo en la palangana, de modo que el agua caiga en ella.
- Cubre el cuerpo del paciente con una sábana.
- Es conveniente tapar sus oídos con algodón para evitar que el agua penetre en ellos.
- Lentamente se vierte el agua sobre el pelo ayudado de la jarra o recipiente y aplicamos el champú.
- Se procede a lavar el pelo, dando ligeros masajes con la yema de los dedos.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Una vez se considere oportuno (no más de 5 minutos), se aclara bien, vertiendo el agua con la jarra o recipiente. Es conveniente realizar un segundo lavado, si precisa.
- Una vez terminado el lavado, se seca el pelo con la toalla, quedando enrollada la cabeza en una toalla seca, y luego con el secador.
- Se retiran los utensilios.
- Se procede a acicalar al paciente según preferencias, en ocasiones el paciente te pide que se le aplique un tratamiento específico o algún desenredante.
- Se peina el pelo adornándole o sujetándole según preferencias del paciente o valoración de la enfermera.



PUESTA EN ORDEN

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Comprobar que el paciente se encuentra cómodo y tiene la información necesaria.
- Lavarse las manos.



PRECAUCIONES

- Evite que se moje la cama.
- No fatigar al paciente.
- Si la estancia del paciente va a ser larga, o si la estancia es corta respetará los deseos del paciente.
- Comprobar la temperatura del agua, se aconseja entre 35°C y 37°C
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del paciente.
- Cierre puertas y ventanas, la temperatura de la habitación debe ser de 24°C - 26°C.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Lavar el pelo, como mínimo, una vez a la semana, si no hay contraindicación, aunque si lo requiere se realizará cuando crea la enfermera necesario.



REGISTRO

- Registre las incidencias y si ha observado alguna alteración en el cuero cabelludo.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Infecciones del cuero cabelludo como pediculosis...
- Caída del pelo: disminución de la autoestima.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Registro incidencias anotadas.
- Historia del paciente.



BIBLIOGRAFÍA

- Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC), Cuarta Edición. Joanne C. McCloskey... Hacourt. Mosby.
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera Edición. Marion Jhonson... Hacourt. Mosby.
- Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Marion Jhonson, Gloria Bulechek... Ediciones Harcourt. Mosby.
- Fundamentos básicos de la enfermería práctica. FUDEN. 2001. Madrid.



DEFINICIÓN

Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales.



OBJETIVOS

- Valorar el nivel de dependencia del paciente en cuanto a su capacidad para el autocuidado. (Uso de las escalas de valoración del Barthel/Lawton-brody)
- Proporcionar higiene y bienestar al paciente.
- Proporcionar educación.
- Evitar y prevenir infecciones.
- Mantener la boca limpia.
- Evitar la sequedad y grietas de los labios y la lengua.
- Fomentar la autoimagen y la autoestima.
- Fomentar la comunicación.



PERSONAL

- Auxiliar de enfermería bajo la supervisión de una enfermera.
- Enfermera.



MATERIAL

- Cepillo de dientes. Se recomienda el de cerdas suaves.
- Dentífrico.
- Vaso.
- Colutorio o antiséptico oral.
- Riñonera o palangana.
- Toallas o paño de protección.
- Depresor.
- Gasas o torundas.
- Sonda de aspiración conectada a aspirador.
- Mascarilla protectora –guantes no estériles de látex o plástico. bata de protección.
- Vaselina.
- Jeringa de 10-20 ml.
- Guedell – mordedor o abre bocas.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Crear ambiente de intimidad.
- Explicar al paciente el procedimiento y razones de por qué hay que mantener el cuidado e higiene de la boca y cómo hacerlo.
- Cerrar puertas y ventanas.
- Colocarlo en posición adecuada: paciente consciente (sedestación), y en pacientes inconscientes (decúbito lateral con la cabeza girada hacia abajo ligeramente).



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Se valora la capacidad del paciente y se decide el tipo de higiene bucal y el nivel de ayuda que requiere.
- Se comunica al paciente la necesidad de la higiene bucal y la técnica que se va a realizar (si es posible el paciente debe participar en la decisión).
- La enfermera o auxiliar de enfermería, debe realizarse lavado de manos previo al procedimiento de higiene. Se colocará los guantes desechables de látex.
- Se colocará al paciente en la posición adecuada.
- Cúbrale el tórax con una toalla o paño no estéril de protección, en pacientes inconscientes o grado alto de dependencia, el paño o la toalla cubrirá también la zona lateral entre la almohada y la cama.
- Explique al paciente la técnica de cepillado que va a seguir y si lo permite su estado facilite la técnica para el autocuidado.

1. PACIENTE CONSCIENTE:

- Humedezca las cerdas del cepillo con agua templada y a continuación deposite la pasta dentífrica.
- Coloque el cepillo contra los dientes formando un ángulo de 45°, de manera que las cerdas penetren en el espacio interdental.
- Realice movimientos hacia abajo para los dientes superiores y hacia arriba para los dientes inferiores, y de delante hacia atrás en las zonas masticadoras.
- Una vez consideremos que se ha producido una buena higiene, pedimos al paciente que se enjuague la boca con agua sola en el primer enjuague, y con colutorio solución antiséptica oral en los posteriores, según preferencias.
- Se limpia los restos que hayan quedado en la zona peribucal y se aplica vaselina a los labios para que queden protegidos e hidratados.

2. PACIENTE INCONSCIENTE Y/O CON ALTO NIVEL DE DEPENDENCIA; BARTHEL: 0-20

- Se coloca una palangana o riñonera entre la mejilla y la almohada.
- Se observa el estado de la mucosa bucal, labios y piezas dentarias.
- En caso necesario, introduzca el mordedor o abre bocas para mantener abierta la boca del paciente.
- Si el paciente conserva sus dientes o parte de ellos, realice el cepillado según se ha indicado anteriormente.
- Si usa dentadura postiza, aplicar técnica específica, y proceda a realizar la higiene de la mucosa bucal.

En ocasiones para evitar contagios es conveniente utilizar mascarillas faciales de protección al iniciar la higiene bucal de estos pacientes.

Con la ayuda de un depresor en que se envuelve una gasa o una torunda impregnada en una solución antiséptica se limpia la mucosa de la mejilla, paladar, encías, base de la boca y lengua. Se debe cambiar la gasa o torunda para cada lado de la boca.

- Seguidamente se aclara la boca, introduciendo agua con la ayuda de una jeringa de 10 ml., aspirando al mismo tiempo con sonda corta y de bordes redondeados y posteriormente se repite la operación con el colutorio o la solución antiséptica oral.
- Se limpia los restos que hayan quedado en la zona peribucal y se aplica vaselina a los labios para que queden protegidos e hidratados.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

HIGIENE PRÓTESIS DENTAL:

- Retiramos la dentadura; si el paciente puede hacerlo nos la proporcionará él mismo.
- Colocamos la prótesis en una riñonera o recipiente de lavado y la enjuagamos con agua tibia, arrastrando restos de comidas o secreciones. Cepillamos la dentadura con dentífrico procurando no dejar ningún resto de sustancias sólidas (en ocasiones los pacientes o familia prefiere utilizar productos preparados específicos para las dentaduras, lo cual se debe respetar).
- Si el paciente está consciente mientras se realiza el lavado de la prótesis se enjuagará la boca con agua primero y después con solución antiséptica, si está inconsciente o un grado alto de dependencia, entonces se realizará la limpieza de la cavidad bucal:
- En ocasiones para evitar contagios es conveniente utilizar mascarillas faciales de protección al iniciar la higiene bucal de estos pacientes.
- Con la ayuda de un depresor en el que se envuelve una gasa o una torunda impregnada en una solución antiséptica se limpia la mucosa de la mejilla, paladar, encías, base de la boca y lengua. Se debe cambiar la gasa o torunda para cada lado de la boca.
- Seguidamente se aclara la boca, introduciendo con la ayuda de una jeringa de 10 ml. De agua, aspirando al mismo tiempo con sonda corta y de bordes redondeados y posteriormente se repite la operación con el colutorio o la solución antiséptica oral.
- Se limpia los restos que hayan quedado en la zona peribucal y se aplica vaselina a los labios para que queden protegidos e hidratados.
- Se coloca la dentadura humedecida en la cavidad bucal, o si el paciente lo prefiere se deja en el recipiente específico.



PUESTA EN ORDEN

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Comprobar que el paciente se encuentra cómodo y tiene la información necesaria.
- Lavarse las manos.



PRECAUCIONES

- No utilizar objetos duros en la higiene bucal.
- Fomentar la participación de pacientes y cuidadores.
- Si existe mucha salivación o secreciones acumuladas, realizar aspiración antes de comenzar la higiene.
- En pacientes con entubación endotraqueal, se realizará la técnica según pacientes inconscientes, realizando un enjuagado con 30 ml. de agua en aspiración continua.



REGISTRO

- Registre las incidencias ocurridas durante el procedimiento y si ha observado alguna alteración en la boca y su cuidado.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Infecciones bucales (aftas, gingivitis...)
- Hemorragia gingival.
- Lesiones gingivales.

CRITERIOS DE CALIDAD



1. Pacientes dependientes con sonda nasogástrica o tubo orotraqueal que se realiza salud bucal.
Indicador: Pacientes con SNG / nº anotaciones.
st: 80 %.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC), Cuarta Edición. Joanne C. McCloskey. Hacourt. Mosby.
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera Edición. Marion Jhonson. Hacourt. Mosby.
- Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Marion Jhonson, Gloria Bulechek... Ediciones Harcourt. Mosby.
- Fundamentos básicos de la enfermería práctica. FUDEN. 2001. Madrid.

DEFINICIÓN



Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales y cuando el paciente tiene incapacidad para realizar su propia higiene. Se realiza una función de ayuda según el nivel de dependencia. Uso de las escalas de valoración del Barthel/Lawton-brody) y Barthel.

OBJETIVOS



- Valorar el nivel de dependencia del paciente en cuanto a su capacidad para el autocuidado.
- Eliminación de sudor, secreciones, excreciones corporales, que fomentan la proliferación de microorganismos.
- Valorar el estado de piel y mucosas.
- Activar la circulación sistemática o local.
- Fomentar la comunicación
- Preparar la región para aplicaciones locales de sustancias terapéuticas.
- Prevenir infecciones y la aparición de úlceras.
- Proporcionar sensación de bienestar.
- Fomentar los hábitos higiénicos después de la hospitalización.
- Fomentar la autoimagen y la autoestima.

PERSONAL



- Auxiliar de enfermería bajo la supervisión de una enfermera.
- Enfermera.

MATERIAL



- Cuña
- Palangana
- Agua caliente entre 35 y 37°.
- Soluciones jabonosas y antisépticas.
- Jarra o recipiente para irrigar.
- Guantes desechables no estériles.
- Gasas o torundas y entremetidas para lavado.
- Toallas.
- Bolsas para ropa sucia y material residual.
- Compresas higiénicas.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE



- Crear ambiente de intimidad.
- Explicar al paciente el procedimiento y razones de por qué hay que mantener el cuidado e higiene perineal y cómo hacerlo.
- Cerrar puertas y ventanas.
- Colocarlo en posición adecuada. Decúbito lateral o litotomía.

PREPARACIÓN DEL PERSONAL



- Lavado de manos.
- Colocación de guantes.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Se valora la capacidad del paciente y se decide el tipo de baño perineal y el nivel de ayuda que requiere. Barthel.
- Se comunica al paciente la necesidad del baño, y la técnica que se va a realizar (si es posible el paciente debe participar en la decisión del tipo de baño).
- La enfermera o auxiliar de enfermería, debe retirarse anillos y pulseras y realizarse lavado de manos previo al procedimiento de higiene. Se colocará los guantes desechables.
- En relación a su grado de dependencia, ayudamos a desvestirse (la ropa sucia se irá introduciendo en la bolsa de sucio).
- Si el paciente tiene movilidad, se le invitará al lavado en ducha o bidé. Si el paciente está encamado, se le situará en posición de litotomía y se colocará la cuña.

EN MUJERES:

- El lavado se realizará de arriba hacia abajo, separando y limpiando con gasas, o paños individuales y desechables en cada área; labios vulvares, meato urinario y zona anal respectivamente.
- Repetir cada maniobra como mínimo 2 veces, empleando siempre gasas o paños diferentes.
- Aclarar con lavado a chorro de arriba hacia abajo, dejando que caiga sobre la cuña, evitando que el agua se desborde.
- Secar suavemente, igualmente de arriba hacia abajo con gasas o paños desechables.
- Aplicar antiséptico en caso de herida, o irritación, aplicando igualmente tratamiento específico si procede.
- En pacientes portadores de sondaje vesical, es importante realizar en este momento los cuidados específicos, que consistirá básicamente es aseptizar la sonda en todo el recorrido perineal.

EN HOMBRES:

- Se inicia el lavado de pene y testículos, incidiendo especialmente en la zona de pliegues, retrayendo suavemente el prepucio para limpiar el glande y el surco balonado prepucial.
- A continuación comenzamos el lavado de la zona anal, con gasas o paños diferentes.
- Se enjuaga de arriba hacia abajo con chorro de agua.
- Secar suavemente, aplicando solución antiséptica en caso de cateterismo vesical o heridas, subiendo suavemente el prepucio para evitar el edema de grande.
- Se retira la cuña, procurando no ensuciar la cama, introduciendo todos los residuos de limpieza en bolsa de plástico que se cerrará e introducirá en cubo de basura urbano.
- Se registra las observaciones o incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Se tendrá especial cuidado en la realización de lavado de manos, tras esta maniobra y antes de seguir con la higiene en otras zonas corporales.
- Comprobar que el paciente se encuentra cómodo y tiene la información necesaria.
- Lavarse las manos.



PUESTA EN ORDEN

Recoja, limpie y ordene el material utilizado.



PRECAUCIONES

- Evitar humedad mantenida en zona perineal, secar.
- Evitar la contaminación en la ejecución de la técnica.
- No se aconseja un tiempo de baño superior a 10 minutos.
- La temperatura del baño o la habitación debe estar a 24°C a 25°C, puertas y ventanas cerradas; evitar corrientes de aire.
- Es muy importante que el personal de enfermería cuide sus uñas para evitar arañazos o lesiones.
- El secado debe realizarse suavemente sin fricciones que puedan ocasionar lesiones en la piel.
- Si el paciente tiene hemorroides o heridas, hacer cuidados específicos.
- Se tendrá en cuenta no utilizar productos irritativos, y adecuar la dilución exacta según fabricante para evitar efectos secundarios.

REGISTRO



Registre las incidencias ocurridas durante el procedimiento y si ha observado alguna alteración en zona perineal o durante el aseo de éste.

PROBLEMAS POTENCIALES



Infecciones y ulceraciones.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Todo paciente con dependencia severa tiene hecho el Barthel y se anota aseo.
- Número de pacientes.
- Número de Barthel realizado.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC), Cuarta Edición. Joanne C. McCloskey... Hacourt. Mosby.
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera Edición. Marion Jhonson... Hacourt. Mosby.
- Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Marion Jhonson, Gloria Bulechek...Ediciones Harcourt. Mosby.
- Fundamentos básicos de la enfermería práctica. FUDEN. 2001. Madrid.

LA CAMA DEL PACIENTE.



DEFINICIÓN

Actividades que se llevan a cabo para el mantenimiento y aseo de la cama del paciente.



OBJETIVOS

- Procurar comodidad y bienestar al paciente.
- Mantener un ambiente higiénico.



PERSONAL

- Auxiliar de enfermería con la supervisión de la enfermera.
- Enfermera.
- Celador si el paciente tiene deterioro de la movilidad en la cama



MATERIAL

- 2 sábanas.
- Funda de colchón.
- Funda de almohada.
- Colcha.
- Mantas, si fuera necesario.
- La entremetida.
- Carro de ropa sucia.
- Guantes.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Crear ambiente de intimidad.
- Explicar al paciente el procedimiento y razones de por qué hay que hacer la cama y cómo hacerlo.
- Cerrar puertas y ventanas.
- Colocarlo en posición adecuada. Decúbito lateral, decúbito supino, decúbito contralateral.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Se valora la capacidad del paciente para la movilidad y el nivel de autocuidado que puede ejercer.
- Se comunica al paciente la necesidad de hacer la cama.

CAMA DESOCUPADA:

- Colocar la cama en posición horizontal.
- Colocar funda de colchón bien estirada.
- Colocar sábana bajera bien estirada, con las esquinas en forma de mitra.
- Levanta un borde de la sábana de manera que caiga recta y hacia abajo.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Deje una esquina doblada en la parte de arriba del colchón y remeta la porción colgante debajo del colchón. (ingleta).
- Remeta la parte doblada debajo del colchón.
- Colocar entremetida a unos 25cm. de la cabecera, bien estirada.
- Colocar sábana encimera. El borde superior debe sobresalir de la cabecera del colchón. Se remete el extremo inferior de la sábana y se sujetan las esquinas en forma de mitra.
- Colocar manta o colcha sobre la cama a unos dos palmos del borde superior del colchón. Se remete el borde inferior y se dobla el borde superior de la sábana por encima de la colcha.
- Colocar funda de almohada.

CAMA OCUPADA:

A.- Paciente levantado

- Retirar la sopa usada y colocarla en el carro de ropa sucia.
- Hágase la cama según el procedimiento de una cama desocupada.

B.- Paciente encamado

- Informe al paciente del procedimiento
- Preserve la intimidad del paciente (cortinas, puertas cerradas...)
- Cierre puertas y ventanas.
- Coloque la cama en posición horizontal si la patología del paciente lo impide.
- Retire colcha y manta.
- Afloje la sábana encimera.
- Coloque al paciente de decúbito lateral.
- Doble la sábana bajera limpia, poniendo la mitad de la sábana hacia el paciente y la otra mitad remeteda debajo de la espalda.
- Colocar entremetida centrada en la cama doblando la mitad debajo de la espalda del paciente.
- Indique al paciente que gire hacia el otro lado, retire sábana y entremetida sucia y échela al carro de ropa sucia.
- Estire la sábana y la entremetida limpias y remeta la sábana

CAMBIO DE SÁBANA SUPERIOR:

- Retire la sábana sucia hasta la cintura.
- Tome la sábana limpia y colóquela doblada sobre el pecho del paciente.
- Retirar la sábana sucia de cintura para abajo a la vez que se cubre con la sábana limpia.
- Remeter las sábanas por la parte inferior, dejando holgura para evitar roces.
- Colocar manta y/o colcha.
- Remeter la ropa por la parte inferior de la cama.
- Doblar la sábana superior por encima de la colcha y/o manta.
- Cambiar la funda de almohada.
- Retire el carro de ropa sucia.



PUESTA EN ORDEN

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Comprobar que el paciente se encuentra cómodo y tiene la información necesaria.
- Lavarse las manos.



PRECAUCIONES

- Realizar movilizaciones del paciente en bloque.
- Evitar arrastrar o dar tirones del paciente al moverlo.
- Al efectuar los cambios posturales, revisar las zonas de apoyo para controlar la aparición de enrojecimientos.
- Zonas de riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

LA CAMA DEL PACIENTE.

PRECAUCIONES



- Vigilar las variaciones de las constantes del paciente.
- No tire la ropa al suelo.
- Evitar dobleces y/o arrugas para prevenir úlceras por presión y roces.

REGISTRO



- Registre las incidencias ocurridas durante el procedimiento y si ha observado alguna alteración durante el mismo y si hay aparición de una úlcera por decúbito registrarla debidamente en la hoja de registro de úlceras por presión que existe en la planta.
- Registre el tipo de cambio postural efectuado y el horario.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Todo paciente dependiente severo se le hará la cama y se revisará las zonas de presión.
- Indicador: Constará en la Historia la revisión de las zonas 0-20 horas anotaciones de zonas de presión.

PROBLEMAS POTENCIALES



- Úlceras por presión.
- Riesgo de deterioro de la integridad de la piel.
- Luxaciones de las articulaciones.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC), Cuarta Edición. Joanne C. McCloskey... Hacourt. Mosby.
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera Edición. Marion Jhonson... Hacourt. Mosby.
- Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Marion Jhonson, Gloria Bulechek... Ediciones Harcourt. Mosby.
- Fundamentos básicos de la enfermería práctica. FUDEN. 2001. Madrid.

2080 MANEJO DEL LÍQUIDOS / ELECTROLITOS



DEFINICIÓN

Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.



OBJETIVOS

Manejo adecuado de líquidos y electrolitos para evitar complicaciones.



PERSONAL

Enfermera/o.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Lavado de manos y colocación de guantes.



MATERIAL

- Soluciones electrolíticas.
- Administración / control de líquidos.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales, si existe disponibilidad.
- Obtener muestras par el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (niveles de hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), si procede.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Restringir la libre ingesta de agua en presencia de hiponatremia dilucional con un nivel de Na en suero inferior a 130 mEq por litro.
- Administrar líquidos, se está indicado.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar paja para beber y agua fresca), si resulta oportuno.
- Reponer líquidos por vía nasogástrica, si está prescrito, en función de la eliminación, si procede.
- Administrar fibra según prescripción, al paciente alimentado por sonda para reducir la pérdida de líquidos y electrolitos causada por la diarrea.
- Minimizar el número de cubitos de hielo consumidos o la cantidad de ingesta oral en pacientes con sondas gástricas conectadas a un aspirador.
- Irrigar las sonda nasogástrica con solución salina normal.
- Proporcionar agua libremente con la alimentación por sonda, si resulta oportuno.
- Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa (o transfusión de sangre) adecuado.
- Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (niveles de hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolaridad del suero y gravedad específica de la orina).
- Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolaridad de la orina).
- Monitorizar el estado hemodinámica, incluyendo niveles de PVC, PAM, PAP y PCPE, según disponibilidad.
- Llevar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.
- Proceder a la restricción de líquidos, si es oportuno.
- Vigilar los signos vitales, si procede.
- Corregir la deshidratación preoperatoria, si es el caso.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante, cuando sea preciso.
- Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos.
- Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).
- Observar si se producen efectos secundarios como consecuencia del suplemento de electrolitos (irrigación GI).
- Valora las mucosas bucales del paciente, la esclerótica y la piel por si hubiera indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos (sequedad, cianosis e ictericia).
- Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.
- Administrar el suplemento de electrolitos prescrito, si procede.
- Administrar resinas de fusión / eliminación de electrolitos de acuerdo con la prescripción, si procede.
- Instaurar medidas para controlar la pérdida excesiva de electrolitos (descanso del estómago, cambio del tipo de diurético o administración de antipiréticos), según sea el caso.
- Instaurar medidas de descanso intestinal (restringir ingesta de alimentos o líquidos y disminuir la ingesta de productos lácteos), si corresponde.
- Administrar glucosa de acción rápida con carbohidratos de acción prolongada y proteínas para el control de la hipoglucemia aguda, si es el caso.
- Preparar al paciente para la diálisis (ayudar con la colocación del catéter para diálisis), cuando sea preciso.
- Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).
- Fomentar una imagen corporal positiva y la autoestima, si se expresan inquietudes como resultado de la excesiva retención de líquidos.



REGISTRO

- Toda ingesta / eliminación de líquidos se anotará si existe balance hídrico.
- Toda ingesta se anotará en nefrología
- Toda solución IV prescrita se anotará.
- La eliminación se anotará.
- Toda solución enteral prescrita se anotará.
- Todo aporte nutricional se anotará.
- Todas las condiciones que producen pérdidas de agua: calefacción, fototerapia, t° elevada, elevada carga osmótica, diarrea, baja humedad, lesiones piel, poliuria.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Desequilibrio hidro/electrolítico.
- Edemas.
- Desequilibrio osmolares.



PRECAUCIONES

- Con las condiciones que requieren menos agua.
 - l. Renal crónica.
 - Ventilación mecánica con humidificación.
 - Insuficiencia cardíaca con DAP.
 - Enfermedad por déficit de surfactante fase aguda.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo balance tendrá anotada la fórmula: $B = I - (P + PI)$, analizado.
- En Historia constará el balance.
- St: 90%



DEFINICIÓN

Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.



OBJETIVOS

Mantener las tasas de glucemia dentro de los límites normales, para evitar complicaciones.



PERSONAL

Enfermero/a.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado antes de la ingesta.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación.
- Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad.
- Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado.
- Administrar insulina según prescripción.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- Realizar balance hídrico (incluyendo ingesta y eliminación), si procede.
- Mantener la vía IV, si lo requiere el caso.
- Administrar líquidos IV, si es preciso.
- Administrar potasio según prescripción.
- Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.
- Ayudar en la deambulación si hay hipotensión ortostática.
- Facilitar la higiene bucal, si fuera necesario.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Anticiparse a aquellas situaciones en las que aumentarán las necesidades de insulina (enfermedad intercurrente).
- Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucemia sean >250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos en orina.
- Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre.
- Instruir sobre la prueba de cuerpos cetónicos en orina, si resulta oportuno.
- Instruir sobre las indicaciones e importancia de la prueba de cuerpos cetónicos en orina, si corresponde.
- Instruir al paciente para que comunique al personal sanitario los niveles moderados o altos de cuerpos cetónicos en la orina.
- Instruir al paciente y familia sobre modo de actuar durante la enfermedad,, incluyendo uso de insulina, antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los carbohidratos y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.
- Ayudar en el ajuste de un régimen para evitar y tratar hiperglucemia (aumentar insulina o A.O. oral), si está indicado.
- Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.



MATERIAL

- Glucómetro.
- Insulina prescrita según pauta.
- Jeringa, aguja.
- Batea.
- Algodón con alcohol.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Informar de la técnica, si va a ser en domicilio enseñar.



REGISTRO

En todo caso se registrará la pauta utilizada.
Prescripción, cantidad, tipo de insulina.
En el carro de educación sanitaria se anotarán los conocimientos alcanzados.



PROBLEMAS POTENCIALES

Los derivados de hiper o hipoglucemias.



PRECAUCIONES

Utilizar pauta adecuada hiperglucemias que no se corrijan. Evitar hipoglucemias.



CRITERIOS DE CALIDAD

Todo diabético tendrá registrado la pauta utilizada.
Indicador.
Historia diabético, registro de pauta, cantidad de insulina administrada.



DEFINICIÓN

Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.



OBJETIVOS

Mantener tasa de glucemia adecuada, para evitar complicaciones.



PERSONAL

Enfermero/a.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia.
- Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia.
- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.
- Monitorizar signos y síntomas de hipoglucemia (palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla con mala articulación, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertar del sueño o ataques convulsivos, debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, dolor, pesadillas, gritos durante el sueño, mala coordinación, cambios de conducta, coma).
- Administrar carbohidratos simples, si está indicado.
- Proporcionar carbohidratos complejos y proteínas, si está indicado.
- Determinar causa de la hipoglucemia y administrar glucagón o glucosa IV (Mantener una vía IV), según esté indicado.
- Contactar con servicios médicos de urgencia, si es necesario.
- Mantener vías aéreas abiertas, si es el caso.
- Proteger contra lesiones, si es necesario.
- Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia.
- Enseñar al paciente y familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Aconsejar al paciente que disponga de carbohidratos simples en todo momento.
- Indicar al paciente que debe obtener y llevar identificación médica de emergencia adecuada.
- Instruir a los seres queridos en la utilización y administración de glucagón, si resulta oportuno.
- Instruir de las interacciones de la dieta, insulina / agentes orales y ejercicio.
- Proporcionar ayuda al paciente en la toma de decisiones para evitar la hipoglucemia.
- Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.
- Mantener contacto telefónico con un equipo de atención al diabético para consultar los ajustes en el régimen del tratamiento.
- Colaborar con el paciente y con el equipo de atención al diabético para realizar cambios en el régimen de insulina.
- Mantener los niveles de glucosa en sangre para prevenir la hipoglucemia en ausencia de síntomas de hipoglucemia.
- Informar al paciente del aumento del riesgo y/o normalización de los niveles de glucosa en sangre tras el ejercicio intensivo.
- Enseñar al paciente los posibles cambios en los síntomas de hipoglucemia con la terapia intensiva y la normalización de los niveles de glucosa en sangre.



MATERIAL

- Carbohidratos simples: caramelos, azúcar,...
- Solución glucosada.



REGISTRO

Toda hipoglucemia con repercusión clínica, debe ser anotada en la Historia y en la subclínica la cifra.



PROBLEMAS POTENCIALES

Urgencia derivada de la falta de glucosa.



PRECAUCIONES

Asegurarse siempre que la repercusión clínica ha pasado y el paciente no tiene síntomas.



CRITERIOS DE CALIDAD

Toda hipoglucemia ha de ser registrada. Historia de hipoglucemia, registro de síntomas.
St: 95 - 100 %



DEFINICIÓN

Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.



OBJETIVOS

Garantizar la correcta administración de terapias medicamentosas.
Erradicar los factores asociados a los errores en la administración de medicamentos.
Mejorar la calidad de los cuidados que administramos.



PERSONAL

Enfermera.
Auxiliar bajo la supervisión enfermera.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Antes De administrar cualquier medicamento contrástelo con el plan terapéutico pautado por el facultativo, comprobando el nombre del medicamento genérico y / o comercial, nombre del paciente, vía de administración, dosis y horario.
- Revise las fechas de caducidad y compruebe que el fármaco esté en perfectas condiciones, si observa cualquier característica inusual como falta de etiqueta, nombre ilegible, indicios de deterioro... devuélvalo a farmacia.
- No olvide la comprobación de alergias, si es la primera vez que es administrado un medicamento esté alerta, en especial en los casos de hipersensibilidad conocida a otros fármacos.
- Recuerde la importancia del conocimiento de los efectos de los medicamentos, vigile la aparición de efectos secundarios así como de los efectos esperados.
- Sea complaciente con los pacientes y su entorno, dele la información necesaria, fomente el autocuidado.
- Proporcione toda la información que sea demandada por el paciente, acuérdesse que somos la suplencia para el paciente.
- Acuerde conjuntamente con el paciente las zonas de realización de técnicas de administración más adecuadas para ambos, tenga en cuenta las necesidades, gustos y preferencias. Convenga las zonas de inserción de cánulas IV, administración de medicación subcutánea...
- No olvide las normas correctas de administración de los medicamentos. Sea prudente, utilice las herramientas adecuadas para evitar errores en la preparación y administración de los fármacos: no tenga prisa administre la medicación preparada por usted y de forma inmediata...
- En los errores que ocurran durante el registro por escrito, no utilice correctores, táchelo con una sola línea y ponga la palabra ERROR.

REGLAS PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS.

- Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad.
- Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento.
- Si existe alguna duda, no administrar y consultar.
- Se desechará cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.

Administrar el medicamento al paciente indicado:

Comprobar la identificación del paciente.

Administrar la dosis correcta:

Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.

Administrar el medicamento por la vía correcta:

Asegurar que la vía de administración es la correcta.
Si no aparece en la prescripción consultar.

REGLAS PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS.

Administrar el medicamento a la hora correcta.
Registrar todos los medicamentos administrados.
Informar e instruir al paciente sobre los medicamentos que esta recibiendo.
Comprobar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.
Investigar si el paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas
Antes de preparar y administrar un medicamento realizar lavado de manos.

ÁREA DE PRESCRIPCIÓN.

- Escrita y firmada por el médico prescriptor.
- Perfectamente legible.
- Debe constar:
 - Nombre del paciente.
 - Medicamento a administrar.
- Dosis.
- Vía de administración.
- Intervalo de administración.
- Tiempo de infusión (si fuera necesario).

NO ADMINISTRE NINGÚN MEDICAMENTO QUE NO CUMPLA LOS REQUISITOS ANTERIORES.

ÁREA DE PREPARACIÓN.

- Antes de proceder a la preparación de la medicación realice un adecuado lavado de manos.
- Coteje la etiqueta del preparado con la prescripción médica.
- Compruebe la fecha de caducidad.
- Busque signos de decoloración o precipitación. Nunca administre un medicamento que no parezca normal.
- Asegúrese del cálculo de la dosis. En caso de duda consultar.
- Prepare el medicamento según procedimiento específico de cada fármaco.
- Rotule el frasco o jeringa de manera clara: nombre, nº de habitación, vía y compuesto a administrar.
- En caso de sueros de perfusión además de lo anterior anotar el horario.
- Es preferible evitar en lo posible las mezclas de medicamentos en el mismo envase.

ÁREA DE ADMINISTRACIÓN.

- El enfermero que prepara el medicamento es el que debe de administrarlo. Nunca administre un medicamento preparado por otra persona.
- Antes de administrar la medicación, verifique la identidad del paciente y la prescripción: nombre del paciente, número de cama, medicamento, dosis, vía y hora.
- Actúe con el grado de asepsia adecuado a las circunstancias.
- Si el paciente tiene dudas sobre la medicación compruébelo.
- En el caso de fármacos por vía oral, nunca deje la medicación al paciente o familia sin asegurarse que están bien informados de la correcta administración del mismo.
- Compruebe siempre si se han tomado la medicación.
- Especial atención en pacientes dependientes y / o sin cuidador principal.
- No administrar ningún preparado que no sea prescrito o autorizado por el médico asignado al paciente, aunque lo traiga el paciente.

REGISTRO



- Anotar los medicamentos administrados en el registro de enfermería, con la firma del enfermero / a o auxiliar de enfermería que lo ha administrado.
- Anotar la medicación de urgencias.
- Anotar cualquier incidencia o reacción de la medicación.
- En caso de no administrar alguna medicación, anotar el motivo.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Registrar todos los medicamentos administrados Historia con prescripción, igual anotación Historia Enfermera.
- St: 95-100%
- 20 historias aleatoriamente, semestral.

2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL



DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos por boca y seguimiento de la respuesta del paciente.



OBJETIVOS

Preparar y administrar correctamente los fármacos prescritos por el médico.



PERSONAL

Enfermero/a.
Auxiliar de enfermería bajo supervisión de enfermero/a.



MATERIAL

- Fármaco prescrito y firmado en la hoja de medicación por el médico.
- Recipiente adecuado según la forma.
- Bandeja de medicamentos.
- Vaso, agua o zumo.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Determinar la capacidad de deglución del paciente.
- Determinar la capacidad de deglución de tabletas/cápsulas del paciente.
- Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones de los fármacos.
- Determinar las alergias del paciente antes de administrar cada medicamento.
- Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos u ordenados nuevamente a la fecha de renovación.
- Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.
- Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con comida o líquidos, si procede.
- Mezclar la medicación con jarabe de sabores de la farmacia, si resulta oportuno.
- Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos esperados de los medicamentos.
- Ayudar al paciente con la ingestión de los medicamentos, si lo precisa.
- Observar si hay posibles aspiraciones del paciente, si procede.
- Realizar comprobaciones bucales después de la administración de la medicación, si es necesario.
- Instruir al paciente o al miembro de la familia sobre la forma de administrar el medicamento.
- Observar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Eliminar en los contenedores adecuados el material desechable.
- Lavado de manos.



REGISTRO

Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente, anotando la fecha y la hora de la toma.
 Toda alteración en el carro de cuidados debe ser comunicada a la supervisora.



PRECAUCIONES

Repasar diariamente por turnos que la unidosis coincide con lo prescrito según la administración segura de los medicamentos.



CRITERIOS DE CALIDAD

Revisión anual de las anomalías de los carros con informe de la supervisión.

Número de carros de anomalías, análisis en espina de pescado.

St: 100 %

La supervisión cultiva el informe.



DEFINICIÓN

Administración de medicación vía ótica.



OBJETIVOS

Administración segura de la medicación.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Batea con el material necesario y la medicación prescrita.
- Guantes, gasas, medicación.
- Material limpio.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Tener todo el material preparado antes de empezar la administración.
- Lavado de manos según protocolo antes de administrar.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar el procedimiento al paciente para que se coloque de forma cómoda y apropiada, cabeza ligeramente inclinada contra lateral.
- Proporcionar alivio adecuado antes de la administración.
- Colocar al paciente en posición relajada para empezar, colocando una almohada de tope para apoyar si fuese necesario.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Reúna el material necesario.
- Preparar la posición antes de comenzar con todo lo necesario y colocar al paciente en posición cómoda.
- Instilar la medicación prescrita dentro del canal auditivo externo (CAE).
- Esperar para que ocupe todo el CAE.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con unas gasas estériles por si sale contenido fuera del oído, se pueda limpiar siempre con una gasa.
- Lavado de manos.



PRECAUCIONES

- Posición del paciente cómoda.
- Valorar sensibilización por anteriores exposiciones al medicamento y excipientes.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Toda medicación debe ser anotada en la gráfica de enfermería según arte.



PROBLEMAS POTENCIALES

Reacción alérgica medicamentosa (R.A.M.).



CRITERIOS DE CALIDAD

- Anotar la hora de administración. Según protocolo.
- Aleatoriamente 10 ingresos de oftalmología.
- Indicador: 10 ingresos/10 anotaciones.
- Standard: 90%.



BIBLIOGRAFÍA

- NIC.
- Guía de prescripción terapéutica del MSC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Administración correcta del fármaco.



DEFINICIÓN

Administración de medicación vía oftálmica.



OBJETIVOS

Administración segura de la medicación.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Batea con el material necesario y la medicación prescrita.
- Guantes, gasas, solución, medicación.
- Material estéril.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Tener todo el material preparado antes de empezar la administración.
- Lavado de manos según protocolo antes de administrar.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar el procedimiento al paciente para que se coloque de forma cómoda.
- Proporcionar alivio adecuado antes de la administración.
- Colocar al paciente en posición relajada para empezar.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Reúna el material necesario.
- Preparar la posición antes de comenzar con todo lo necesario y colocar al paciente en posición cómoda.
- Los fármacos oculares suelen administrarse por vía tópica como colirio o pomada. Si se necesita una concentración superior del principio activo en el interior del ojo, a veces se requiere una inyección local, que la realiza habitualmente el oftalmólogo.
Los dispensadores de los colirios ayudan a instilar las gotas oculares de los frascos de plástico, sobre todo a las personas ancianas, con dificultades visuales, artrosis u otras limitaciones de tipo físico. Los dispensadores de los colirios deben utilizarse con frascos de plástico para su uso repetido por una misma persona, debiéndose manipular lo menos posible y lo más aséptico para no contaminarlo.
- COLIRIOS Y POMADAS OCULARES. En general, las gotas oculares se instilan en el saco conjuntival, bajando suavemente el párpado inferior y manteniendo el ojo cerrado durante el mayor tiempo posible después de aplicar la especialidad; basta con una gota. La pomada ocular se aplica de forma similar, en pequeña cantidad; la pomada se derrite enseguida y el párpado ayuda a esparcirla. Si se utilizan dos especialidades diferentes de colirios oculares a la misma hora del día, puede ocurrir una dilución y desbordamiento si se aplican conjuntamente. Por eso, el paciente debe dejar un intervalo de 5 min, por lo menos, entre uno y otro.
Se pueden producir efectos sistémicos por absorción del fármaco desde la conjuntiva o la mucosa nasal a la circulación general ya que el exceso del fármaco drena a través de los conductos lacrimales.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- **LOCIONES OCULARES.** Se trata de soluciones para irrigar el saco conjuntival que actúan mecánicamente lavando los irritantes o cuerpos extraños como medida de primeros auxilios. En general, se utiliza una solución estéril de cloruro sódico al 0,9 %. En caso de urgencia, basta con agua limpia.
- **OTRAS ESPECIALIDADES.** La inyección subconjuntival sirve para administrar fármacos antiinfecciosos, midriáticos o corticosteroides en patologías que no responden al tratamiento tópico. El fármaco difunde por la córnea y la esclerótica hacia las cámaras anterior y posterior y el humor vítreo. Sin embargo, como el volumen dosificado es limitado (de ordinario, no más de 1 ml.), esta vía sólo resulta útil para los fármacos que se solubilizan sin problemas.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con unas gasas estériles por si sale contenido fuera del ojo, se pueda limpiar siempre con una gasa para cada ojo de interno a externo.
- Lavado de manos.



PRECAUCIONES

- Posición del paciente cómoda.
- Valorar sensibilización por anteriores exposiciones al medicamento y excipientes.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Toda medicación debe ser anotada en la gráfica de enfermería según arte.



PROBLEMAS POTENCIALES

Reacción alérgica medicamentosa (R.A.M.).



CRITERIOS DE CALIDAD

Anotar la hora de administración. Según protocolo.
Aleatoriamente 10 ingresos de oftalmología.
Indicador: 10 ingresos/10 anotaciones.
Standard: 90%.



BIBLIOGRAFÍA

NIC.
Guía de prescripción terapéutica del MSC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Administración correcta del fármaco.

Véase Plan de Cuidados Estandarizado. (P.C.E.) dentro del Plan Asistencial Integrado (P.A.I.) ASMA/EPOC.



DEFINICIÓN

Administración de medicamentos vía inhalada.



OBJETIVOS

Manejo correcto, adecuado y seguro de los fármacos inhalados y educación sanitaria para el manejo por la propia persona.



PERSONAL

Auxiliar enfermera con la supervisión de la enfermera referente.



MATERIAL

Medicamento prescrito y cámara si la hubiera.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Determinar la capacidad de deglución del paciente.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Hacer coincidir el uso con alguna actividad de la vida diaria (lavarse los dientes). Determinar el grado de conocimiento y habilidad que tiene la persona y/o su cuidador principal.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Tener el dispositivo a utilizar.
- Tiempo necesario para la educación de los medicamentos prescritos.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

Los medicamentos inhalados son aquellos que se introducen en el organismo por vía respiratoria para tratar directamente su problema pulmonar y aliviar síntomas como la tos, la disnea, las sibilancias, etc. Existen dos grandes grupos de fármacos inhalados:

LOS BRONCODILADORES: actúan dilatando el diámetro de los bronquios, dando como efectos secundarios la taquicardia y el nerviosismo, existen a su vez dos tipos:

LOS B-ADRENÉRGICOS: dilatan los bronquios al relajar los músculos que lo rodean, dentro de este grupo existen a su vez dos tipos:

Acción corta: como la terbutalina o el salbutamol su efecto dura entre 4-6 horas. Ideal para aliviar las molestias y tratar los síntomas de asma.

Acción prolongada como el formoterol y el salmeterol, cuyo efecto dura 12 horas y son utilizados como medicación de mantenimiento.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

Los Anticolinérgicos: actúan dilatando los bronquios al disminuir el tono muscular de los bronquios, estos medicamentos son muy útiles en el tratamiento de la EPOC. Entre ellos se encuentra el Ipratropio y el tiotropio.

Los Antiinflamatorios: (esteroides inhalados) Actúan disminuyendo la inflamación de los bronquios, constituyendo el principal tratamiento del asma ya que la alteración fundamental de esta enfermedad es precisamente la inflamación bronquial. Estos esteroides no actúan de inmediato sobre las molestias, sino que su efecto se nota al tomarlos durante mucho tiempo.

1ª ETAPA: Técnica de inhalación, va a depender del sistema prescrito.

Inhaladores presurizados:

- Coloque al paciente de pie o semi-incorporado.
- Destape el cartucho y situarlo en posición vertical (forma de L).
- Sujete el cartucho entre los dedos índice y pulgar, y agitarlo.
- Efectue una espiración lenta y profunda.
- Coloque la boquilla del cartucho en la boca cerrando los labios alrededor de la misma.
- Inspirar lentamente por la boca. La lengua debe estar en el suelo de la boca, no interfiriendo la salida del medicamento.
- Una vez iniciada la inspiración presionar el cartucho (una sola vez) y seguir inspirando lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones.
- Retirar el cartucho de la boca. Aguantar la respiración unos 10 segundos. A continuación expire lentamente.
- Enjuagar la boca con agua.
- Si tiene que tomar una nueva dosis espere 30 segundos y repita la operación.

Inhaladores presurizados con cámara de inhalación:

El dispositivo es el mismo que el anterior pero se acompaña de una cámara ideada para facilitar su uso, pues no precisa que se coordine la inspiración con el disparo, disminuyendo la cantidad de medicamento que se queda en la boca y en la garganta. Estas cámaras suelen ser de metal o de plástico, estas últimas se cargan electrostáticamente por lo que se adhieren las partículas del aerosol a sus paredes. Para evitar esto lavar con agua y jabón antes de usarlas por primera vez, y después de cada uso. Además debe vigilarse que no se deteriores (grietas, funcionamiento de la válvula etc). Las instrucciones de uso son:

- Colocarse de pie o semi-incorporado.
- Destapar el cartucho y situarlo en posición vertical.
- Sujetar el cartucho entre los dedos índice y pulgar, y agitarlo
- Acoplar el cartucho a la cámara manteniendo este en posición vertical.
- Colocar La boquilla de la cámara en su boca cerrando los labios alrededor de la misma y efectuar una espiración lenta y profunda.
- Disparar una sola vez.
- Coger aire lentamente hasta llenar los pulmones, en caso de dificultad para realizar una sola maniobra de inspiración se puede realizar. (4-5 respiraciones por la boca)
- Retire la cámara de la boca y aguante la respiración 10 segundos. A continuación expire lentamente.
- Si tiene que tomar una nueva dosis espere 30 segundos y repita la operación.
- Enjuagar la boca con agua.
- Enjuagar la cámara. (Las cámaras de inhalación deben desmontarse en todas sus piezas y lavarse con agua templada y detergente suave, al menos una vez a la semana, secándolas perfectamente. La cámara debe montarse después de su lavado (las que sean desmontables). Las válvulas deben comprobarse antes de tomar el inhalador. Si éstas no se encuentran en buen estado, la cámara debe rechazarse. Reemplazar las cámaras cuando existan fisuras. Evitar guardar las cámaras en lugares en los que puedan depositarse partículas de grasa, polvo, etc.)



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

LOS INHALADORES DE POLVO: presentan algunas ventajas sobre los cartuchos presurizados, como que son más fáciles de trasportar y de usar al no tener que coordinar el disparo con la inspiración, disponen de indicador de dosis para saber cuando se termina el medicamento y no utiliza gases contaminantes. El principal inconveniente es que necesitan un flujo inspiratorio más elevado y pueden provocar tos. No deben dejarse nunca sin la tapa puesta porque con la humedad el polvo puede apelmazarse y no salir con la inspiración. Existen varios modelos:

Sistema multidosis (en el dispositivo hay ya preparadas muchas dosis del medicamento) de ellos destacamos los siguientes y sus instrucciones de uso:

Sistema Accuhaler.

- Destapar el inhalador deslizando la tapadera.
- Cargar el inhalador deslizando el gatillo hacia abajo.
- Efectuar una espiración lenta y profunda.
- Colocar los labios alrededor de la boquilla.
- Inspirar profunda y enérgicamente (rápidamente).
- Aguantar la respiración durante unos 10 segundos.
- Esperar 30 segundos si hay que repetir la dosis.
- Enjuagar la boca con agua.
- Nunca soplar en el dispositivo.

Turbuhaler

- Destapar el inhalador.
- Cargar girando la rosca inferior a la derecha y luego hacia la izquierda hasta oír un "clik". Mantener siempre el inhalador en posición vertical.
- Efectuar una espiración lenta y profunda.
- Colocar la boquilla entre los dientes y cerrar los labios sobre la misma.
- Inspirar profunda y enérgicamente.
- Aguantar la respiración durante unos 10 segundos.
- Esperar 30 segundos si hay que repetir la dosis
- Enjuagar la boca con agua.
- Nunca soplar en el dispositivo.

Novolizer

- Destapar el inhalador deslizando la tapadera.
- Cargar el inhalador deslizando el gatillo hacia abajo.
- Efectuar una espiración lenta y profunda.
- Inspirar profunda y enérgicamente.
- Aguantar la respiración durante unos 10 segundos.
- Esperar 30 segundos si hay que repetir la dosis.
- Enjuagar la boca con agua.
- Nunca soplar en el dispositivo.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

Sistema monodosis (la dosis se introduce en el inhalador en forma de cápsula antes de inhalarlo) de ellos destacamos los siguientes y sus instrucciones de uso:

Sistema Handihaler y Aerolicer

- Destapar el inhalador.
- Colocar la cápsula en el interior y tapar.
- Colocar la boquilla hacia arriba y apretar los pulsadores laterales hasta el fondo.
- Efectuar una espiración lenta y profunda.
- Colocar la boquilla entre los dientes y cerrar los labios alrededor de la misma.
- Inspirar profunda y enérgicamente.
- Aguantar la respiración durante unos 10 segundos.
- Esperar 30 segundos si hay que repetir la dosis
- Enjuagar la boca con agua.
- Abrir el inhalador para ver si queda polvo en la cápsula, en caso de que exista resto de medicamento, repetir de nuevo la aspiración hasta que la cápsula esté vacía

Mantenimiento y limpieza

Para el correcto mantenimiento de estos dispositivos, es importante guardar el inhalador en lugar seco con la finalidad de protegerlo de la humedad. Conviene vigilar el indicador de dosis para conocer el nivel existente de medicamento. En el sistema Turbuhaler®, cuando aparece una marca roja en el indicador (ventanilla transparente), aún se dispone de 20 dosis en el inhalador; cuando dicha marca roja se coloca en la parte inferior del indicador, el inhalador está vacío. En el sistema Accuhaler®, una ventanita nos indica las dosis que quedan disponibles. La limpieza del dispositivo de polvo seco nunca debe realizarse con agua; la manera correcta de hacerlo es en frotar con un paño sin pelusa o con un papel seco alrededor de la boquilla después de su utilización; posteriormente se ha de cerrar el inhalador y guardarlo en lugar seco.

2ª ETAPA: tras valorar conocimiento de su sistema de inhalación, se realizará una demo por parte del profesional referente, objetivando que ha sido entendido y evidenciarle los posibles efectos secundarios de la medicación.

3ª ETAPA: comprobar si el paciente lo realiza correctamente.

4ª ETAPA: corrección de los aspectos erróneos.



PRECAUCIONES

- Asegurarse que el procedimiento se realiza según protocolo.
- Verificar que no haya fugas.
- Mantenimiento del inhalador y cámara si hubiere en perfectas condiciones.



CRITERIOS DE CALIDAD

- El paciente o cuidador sabrá manejar correctamente el dispositivo prescrito. Como: Relleno de guías.
- Verbalización de comprensión o dificultad de uso anotado en hª enfermera.
- Sabrá distinguir entre los que alivian los síntomas inmediatamente o no.

123
ABC

BIBLIOGRAFÍA

- Guía Española para el Manejo del Asma. www.gemasma.com
- Guía de la SEPAR.
- Giner J, Basualdo L, Casan P. Utilización de fármacos inhalados. Recomendaciones de la SEPAR.



DEFINICIÓN

Administración de una solución por vía intradérmica para una prueba diagnóstica.



OBJETIVOS

- Confirmar (en caso de que el resultado sea positivo) o descartar (en caso negativo) el haber estado en contacto con determinadas enfermedades como por ejemplo la tuberculosis tras la administración intradérmica de la tuberculina –mantoux-.
- Determinar la sensibilidad o no a determinados medicamentos como antibióticos, quimioterápicos, etc.



PERSONAL

Enfermero/a.



MATERIAL

- Torunda de algodón.
- Alcohol.
- Jeringuilla graduada en décimas (de 1 c.c.).
- Aguja intradérmica.
- Vial con el fármaco a inyectar.
- Regla graduada en mm.
- Rotulador.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Lavado de manos.
- Explicar el procedimiento al enfermo.
- Limpiar la parte media del antebrazo de enfermo en su cara interna con alcohol. No usar povidona yodada, pues el color nos impedirá ver el eritema con claridad.
- Introducir en la jeringuilla la solución prescrita por el médico.
- Introducir la solución en el interior de la dermis, comprobando que se forma un pequeño habón de aproximadamente 1 milímetro. Éste nos indica que hemos realizado la técnica correctamente.
- Retirar la aguja y sin limpiar con alcohol ni agua marque la zona de punción mediante cuatro trazos de rotulador dejando en el centro el lugar de punción.
- Leer en mm a las 24, 48 y 72 horas la reacción obtenida.
- Indique al enfermo que no se moje, ni toque o rasque la zona de punción hasta las 72 horas de efectuada la prueba.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Eliminar en los contenedores adecuados.
- Lavado de manos.



REGISTRO

- Anotar fecha y hora de realización de la prueba.
- Registrar las fechas de lectura de la zona de inyección.
- Anotar las lecturas a las 24, 48 y 72 horas.

CRITERIOS DE CALIDAD



Criterio: Toda Historia debe tener las anotaciones.

St: 90%

Auditoría: 20 historias anotaciones. Anotación de fecha, hora, zona de inyección.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

NIC.



DEFINICIÓN

Consiste en administrar un medicamento mediante inyección depositando la sustancia en la profundidad del tejido muscular.



OBJETIVOS

- Administración de medicamentos con fines terapéuticos.
- Preparación de pruebas complementarias.



PERSONAL

Enfermera / o.



MATERIAL

- Jeringa y aguja.
- Algodón.
- Alcohol de 70°
- Batea.
- Guantes.
- Contenedor.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Comprobar la dosis prescrita en la hoja de medicación.
- Si el inyectable es un vial, desinfectar con alcohol el tapón de látex.
- Colocar la jeringa identificada y el algodón impregnado en alcohol en la batea.
- Colocar al paciente en la posición adecuada: Decúbito lateral izquierdo o derecho si se inyecta en el glúteo y decúbito supino o de pié si se inyecta en el muslo.
- Desinfecte la zona donde va a inyectar, con alcohol, dejándolo en contacto con la piel durante 30 segundos.
- Introduzca la aguja perpendicular a la piel.
- aspire antes de inyectar el fármaco. Si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto.
- Inyecte el fármaco lentamente.
- Retire la aguja y presione unos segundos la zona con el algodón impregnado en alcohol.
- Si una vez administrado el medicamento, el paciente presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según tipo de reacción, local o general.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Eliminar en los contenedores adecuados.
- Lavado de manos.



REGISTRO

- Anotar en la hoja de medicación la fecha y hora de administración del medicamento.
- Registrar si se produce algún tipo de alergia.

CRITERIOS DE CALIDAD



Criterio: Toda inyección intramuscular debe constar en la Historia.
Número de inyecciones
st: 95%
Auditoría: 20 historias aleatoriamente / anotaciones.

BIBLIOGRAFÍA



NIC.



DEFINICIÓN

Consiste en la administración de medicamentos a un paciente por vía venosa.



OBJETIVOS

- Introducir un medicamento por vía venosa con fines terapéuticos.
- Preparación de exploraciones complementarias.



PERSONAL

Enfermera / o.



MATERIAL

- Algodón
- Alcohol de 70 ° y povidona yodada.
- Compresor.
- Medicación prescrita.
- Batea.
- Contenedor.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Compruebe la prescripción y la dosis en la hoja de tratamiento.
- Desinfecte el látex con alcohol de 70° si la presentación es un vial.
- Introduzca el disolvente en el interior del vial.
- Compruebe la homogeneidad de la solución.
- Invierta el frasco y extraiga la solución.
- Deseche la aguja.
- Identifique la jeringa
- Inyecte la solución lentamente.
- Retire la jeringa y regule el goteo, si procede.
- Si la administración del fármaco precisa una mayor dilución o bien se quiere administrar la misma en perfusión continua, se debe conectar mediante un sistema adicional a la llave de tres pasos.
- Si una vez administrado el medicamento el paciente presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según el tipo de reacción, local o general.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Eliminar en los contenedores adecuados.
- Lavado de manos.



REGISTRO

- Anotar en la hoja de medicación la fecha y hora de administración del medicamento.
- Registrar si se produce algún tipo de reacción.

CRITERIOS DE CALIDAD



Criterio: Toda inyección intramuscular debe constar en la Historia.
Número de inyecciones
st: 95%
Audit: 20 horas aleatoriamente / anotaciones. Historias clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

ABC

NIC.

2315

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL



DEFINICIÓN

Administración de un medicamento o similar por vía rectal.



OBJETIVOS

- Administrar medicamentos con fines terapéuticos.
- Preparación para pruebas complementarias.



PERSONAL

Enfermera/o. Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Guantes desechables.
- Batea.
- Gasas.
- Vaselina.
- Medicamento prescrito.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Lubrique el medicamento con vaselina si procede.
- Introduzca el medicamento lo más profundo posible
- Evite los traumatismos.
- Mantener la intimidad del paciente.
- Procure que el recto esté vacío de heces.
- Introducción de la medicación que si es supositorio se introduce al revés y 5 cms como mínimo.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Eliminar en los contenedores adecuados.
- Lavado de manos.



REGISTRO

Registrar en la hoja de administración de medicamentos.

CRITERIOS DE CALIDAD



1. Toda mediación constará en historia.
Indicador: nº de medicación / nº anotaciones
st: 95 %

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

NIC.

2316 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA



DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos por la piel y las membranas mucosas.



OBJETIVOS

Administrar la medicación prescrita por vía cutánea.



PERSONAL

Enfermera/o. Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Medicación.
- Guantes desechables.
- Gasas.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Colocar la medicación debajo de la lengua del paciente y explicar que no se debe tragar la pildora.
- Ordenar al paciente que no beba nada de agua hasta que la medicación sublingual se haya disuelto completamente.
- Aplicar un agente desbridante tópico en la zona, si procede.
- Aplicar agentes antifúngicos, antibacteriano o antiinflamatorio tópico en la zona, según se requiera.
- Extender la medicación uniformemente por la piel.
- Medir la cantidad correcta de los medicamentos sistémicos aplicados tópicamente mediante dispositivos de medición estandarizados.
- Aplicar parches transdérmicos y medicamentos sistémicos tópicos en zonas de la piel sin vello, cuando proceda.
- Retirar los parches de medicamentos sistémicos transdérmicos y tópicos antiguos, limpiando la medicación sobrante de la piel antes de aplicar un nuevo parche o realizar una nueva aplicación.
- Rotar los sitios de aplicación de medicamentos sistémicos tópicos.
- Insertar la medicación en el recto o la vagina, según prescripción.
- Observar si se produce irritación local por la aplicación tópica de los medicamentos.
- Ayudar al paciente a utilizar inhaladores, según prescripción.
- Observar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos por la medicación.
- Instruir al paciente en la técnica correcta de aplicación de medicamentos tópicos.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Eliminar en los contenedores adecuados el material desechable.
- Lavado de manos.



REGISTRO

Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente, en la hoja correspondiente.

CRITERIOS DE CALIDAD



Toda medicación constará en historia.
st: 95 %.

BIBLIOGRAFÍA



NIC.



DEFINICIÓN

Administración de un medicamento a un paciente mediante inyección en el tejido adiposo.



OBJETIVOS

- Administración de medicamentos.
- Preparación para exploraciones complementarias.



PERSONAL

Enfermera/o.



MATERIAL

- Jeringas y agujas.
- Alcohol de 70 °.
- Algodón.
- Batea.
- Contenedor.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Desinfecte la zona de punción.
- Pinchar rápido y firme en el tejido, formando un ángulo de 45° aproximadamente.
- Aspire antes de inyectar el fármaco. Si aspira sangre, desechar la aguja y volver a pinchar en otro punto.
- Inyecte el fármaco lentamente.
- Retire la aguja y presione unos segundos la zona con el algodón impregnado en alcohol.
- Si una vez administrado el medicamento el paciente presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según sea el tipo de reacción, local o general.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger y ordenar el material utilizado.
- Eliminar en los contenedores adecuados.
- Lavado de manos.



REGISTRO

- Anotar en la hoja de registro la fecha y la hora.
- Registrar si existiese algún tipo de reacción.

CRITERIOS DE CALIDAD



Toda medicación constará en historia.
st: 95 %.

REGISTRO



- Anotar en la hoja de registro la fecha y la hora.
- Registrar si existiese algún tipo de reacción.

BIBLIOGRAFÍA



NIC.

3160 ASPIRACIÓN DE VÍAS AÉREAS



DEFINICIÓN

Es una técnica estéril encaminada a eliminar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no puede expulsar de forma espontánea.



OBJETIVOS

Mejorar la permeabilidad de las vías aéreas respiratorias.
Prevenir y evitar la disnea, hipoxia e hipercapnia por secreciones
Prevenir la formación de infecciones y atelectasias por acumulo de secreciones.



PERSONAL

Lo realizará la enfermera/o con la ayuda de la Auxiliar de Enfermería, si procede.



MATERIAL

- Sondas de aspiración.
- Guantes estériles.
- Agua bidestilada estéril.
- Lubricante hidrosoluble.
- Tubo nasofaríngeo.
- Fuente de suministro de O₂.
- Equipo de aspiración (aspirador de vacío y goma estéril).



PRECAUCIONES

- La manipulación de la sonda puede estimular los receptores vagales capaces de desencadenar bradicardia, bloqueo cardiaco, extrasistolia, irritación ventricular, e incluso taquicardia ventricular y asistolia.
- Para prevenir arritmias graves administrar al paciente oxígeno suplementario antes y después de la aspiración. Si a pesar de estas medidas aparece la arritmia, detener la aspiración, retirar la sonda y emprender las acciones oportunas según la situación del paciente.
- La manipulación de la sonda puede irritar la mucosa faríngeo-traqueal y causar hemorragia.
- Para prevenir la irritación y evitar hemorragia procurar ayudarse en la aspiración con un tubo nasofaríngeo. Regular la presión de aspiración a los valores establecidos (80–120mmHg.), lubricar la sonda y hacer aspiraciones cortas girando la sonda y retirándola poco a poco.
- Por irritación de la laringe la aspiración puede producir laringo-espasmos, si se produce, dejar emplazada la sonda para mantener una vía permeable, aumentar el aporte de oxígeno y avisar de inmediato al médico.
- El contacto de la sonda con la glotis puede producir arcadas y vómitos.
- La aspiración nasotraqueal no debe aplicarse a pacientes con problemas de coagulación o enfermedades hepáticas crónicas o a pacientes que hayan presentado laringo-espasmos durante aspiraciones o intubaciones endotraqueales previas.
- También debe practicarse con extrema precaución en pacientes con historia de pólipos nasales.
- Hipoxemia por aspiración.

ETAPAS

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal tras evaluar exhaustivamente al paciente.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.
- Aspirar la nasofaringe con una jeringuilla de ampolla o tirador o dispositivo de aspiración, si procede.
- Proporcionar sedación si procede.
- Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara, si el caso.
- Abordar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal, si procede.
- Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión nasotraqueal y utilizar oxígeno suplementario, si procede.
- Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación, si procede.
- Hiperinflar 1 a 1,5 veces el volumen corriente preajustado con el ventilador o bolsa de resucitación manual.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, tubo de traqueotomía o vía aérea del paciente.
- Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno.
- Disponer de la misma cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (80 a 100 mmhg para los adultos y de 10 a 20 mmhg para neonatos y niños).
- Observar el estado del oxígeno del paciente (niveles SaO_2 y SvO_2) y estado hemodinámico (nivel PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes y después de la succión.
- Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- Hiperinflar e hiperoxigenar entre cada pase de y después del último pase de aspiración.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- Limpiar la zona de alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal, si procede.
- Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia, un aumento de ectopia ventricular y/o desaturación.
- Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.
- Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
- Enseñar al paciente y/o familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.
- Recomendaciones en adultos con vía aérea artificial.

RECOMENDACIONES

1. Algunas de las consecuencias de la aspiración son: traumas en la tráquea, hipoxemia, hipertensión, arritmias cardíacas y subida de la presión intracraneal. (Nivel III.3)
2. Según los pacientes, la aspiración puede resultar dolorosa y puede provocar ansiedad. (Nivel IV)
3. La administración de un bolo de cloruro sódico al 0,9% (salino normal) para fluidificar las secreciones no se encuentra constatada en la literatura. (Nivel III.1)
4. Existe la posibilidad de que aparezcan múltiples bacterias en la vía aérea inferior durante la práctica repetida de aspiración, especialmente si se recurre a la instilación de salino de forma constante como parte de este procedimiento. (Nivel IV)
5. La proporción entre el diámetro de la sonda de aspiración y el diámetro interior del tubo endotraqueal puede estar relacionada directamente con una presión negativa ejercida sobre los pulmones. (Nivel IV) Se ha observado que el descenso en los niveles de PaO_2 es mayor cuanto mayor es la sonda de aspiración empleada. (Nivel III.2)
6. Duplicar el tiempo de duración de la aspiración puede hacer que también se duplique el descenso en los niveles de PaO_2 . (Nivel III.2)
7. La hiperoxigenación previa a la aspiración puede reducir posibles riesgos de hipoxemia por aspiración. Al combinar hiperoxigenación e hiperinsuflación se puede reducir el riesgo de hipoxemia. (Nivel III.1)
8. Los pacientes dicen haberse sentido disneicos durante la hiperinsuflación al emplear volúmenes tidales mayores (900cc). (Nivel III.1)
9. Si la hiperoxigenación se realiza con la ayuda de respiradores antiguos es necesario un periodo de lavado de unos dos minutos y así dejar transcurrir un tiempo para que el porcentaje de oxígeno que acabamos de aumentar pase por el tubo del respirador y llegue al paciente. (Nivel IV)

RECOMENDACIONES

10. La utilización de un ventilador en la hiperinsuflación y la hiperoxigenación, en lugar de la técnica con bolsa de resucitación (ambú), puede reducir las alteraciones hemodinámicas. (Nivel III.2)
11. El aumento en los niveles de presión intracraneal media, presión arterial media y presión de perfusión cerebral puede guardar relación con la aspiración en el caso de pacientes con traumatismo craneal agudo, pudiendo acumularse estos cambios con cada secuencia de aspiración consecutiva. (Nivel III.1)
12. Las secuencias repetidas de hiperinsuflación/aspiración pueden dar lugar a cambios hemodinámicos significativos en la presión arterial media, el rendimiento cardíaco y en la frecuencia cardíaca. (Nivel II)
13. Los pacientes con traumatismo craneal cerrado severo, en especial aquellos que responden al patrón de presión intracraneal elevado, corren el riesgo de sufrir hipertensión cerebral durante la aspiración. (Nivel II.1)

CONTRAINDICACIONES

- Obstrucción del pasaje nasal en nasotraqueal.
- Sangramiento nasal de importancia en nasotraqueal.
- Traumatismo grave de cabello, cuello y car.
- Alteraciones de la coagulación.
- Laringo-espasmos.
- Vía aérea irritable.
- Infección de las vías superiores.

PROBLEMAS POTENCIALES



La presencia del catéter en la faringe seguramente producirá náuseas, si se produjera el vomito debe colocarse al paciente en decúbito lateral y aspirar rápidamente la orofaringe con el fin de evitar broncoaspiración.

Una vez ubicado el catéter en la laringe es posible que se produzca tos, bronco espasmo o laringoespasmo como parte del mecanismo de defensa contra un cuerpo extraño, también pueden producirse sangrado a nivel de la mucosa nasal o faringea.

Durante la aspiración endotraqueal la arritmias cardíacas ocurren normalmente por hipoxemia, sin embargo, también la estimulación mecánica de la vía aérea puede causarlas, adicionalmente la estimulación vagal puede causar bradicardias y asístole, las taquicardias se asocian mas a hipoxemia y agitación del paciente. Cuando ocurren episodios severos de tos puede disminuir el retorno venoso y producir hipotensión, también puede producirse hipertensión arterial por hipoxemia, aumento del tono simpático, estrés, ansiedad, dolor o cambios hemodinámicos asociados a hiperventilación manual.

Otro efecto asociado puede ser la formación de atelectasias, esto puede evitarse limitando la cantidad de presión negativa del aspirador, disminuyendo al mínimo el tiempo de succión e hiperinsuflando antes y después del procedimiento.

La presión intracraneala frecuentemente durante el proceso de aspiración, esto se debe principalmente al aumento de la presión arterial y a la tos, normalmente estos cambios no tienen mayor relevancia y los valores retornan a la normalidad en un periodo no mayor a 1 minuto, sin embargo, en un paciente que presenta altos valores basales de presión intracraneala, estos cambios pueden resultar muy significativos, en estos casos, puede nebulizarse Lidocina unos 15 minutos antes de aspirar reduciendo el riesgo de elevar la presión intracraneala.

En el caso de la aspiración nasotraqueal es posible que bacterias de la vía superior sean llevadas por el catéter a la vía aérea inferior produciendo riesgo de infecciones, esto ha sido descrito principalmente en pacientes inmunosuprimidos, una adecuada técnica y un riguroso cuidado en la esterilidad del proceso puede disminuir los riesgos de esta complicación.

PROBLEMAS POTENCIALES



Otras complicaciones pueden ser el sangrado, úlceras o infecciones de la vía aérea que pueden presentarse durante el procedimiento. La presencia de úlceras depende de factores como rigidez del catéter, número de perforaciones laterales, diámetro del catéter, la forma de la parte distal o la punta y del número de aspiraciones. Succiones con presiones mayores a 200mmHg pueden desencadenar aparición de atelectasias o invaginación de mucosa del árbol bronquial a través de los orificios del catéter. La infección aunque era una complicación frecuente antes de la introducción de los catéteres de succión cerrada, puede presentarse a través de la contaminación con flora del mismo paciente. Otras complicaciones pueden ser episodios de arritmias cardíacas o paro cardíaco. Algunas de estas complicaciones pueden ser evitadas o disminuidas con la utilización de sedación y preoxigenación.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- www.Albarra.org/diagnosticos/CIE/respiratorio/3160
- www.monografias.com/trabajosM/manual_técnicas/manual_técnicas2.html
- www.scare.org.co/archivos/articulos/2001/vol_4/word/terapia%20respiratoria.doc
- www.serviciosK26.com/e_contenido/pdf/VÍAS_AEREAS_ARTIFICIALES.PDF
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición
- Aspiración traqueal en adultos con una vía aérea artificial. ISBN 1329-1874. Best Practice 2000; 4(4): 1-6 Actualizado 14-06-07.

INTRODUCCIÓN A LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

DEFINICIÓN



Podríamos definir fisioterapia respiratoria como un conjunto de técnicas de tipo físico y soporte educacional, que junto al tratamiento médico, actuando complementariamente pretenden mejorar la función ventilatoria y respiratoria del organismo, así como la calidad de vida y el bienestar físico, de nuestros pacientes.

OBJETIVOS



Generales:

- Mantener o conservar, o bien, recuperar o mejorar la función ventilatoria.
- Prevenir posibles disfunciones respiratorias
- Restituir la función pulmonar
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes

Específicos:

- Facilitar la eliminación de secreciones
- Disminuir el trabajo respiratorio, a través de la disminución de las resistencias bronquiales
- Prevenir y tratar las posibles complicaciones pulmonares. La fisioterapia respiratoria suele emplearse durante el postoperatorio inmediato y en pacientes que han sido sometidos a ventilación mecánica. Las técnicas de fisioterapia respiratoria suelen llevarse a cabo dos veces al día, preferentemente antes del desayuno y la cena, y sobre todo en aquellas situaciones en las que existe un incremento de la secreción bronquial.

CONTRAINDICACIONES

Está contraindicado en pacientes con aumento de la P.I.C.; con inestabilidad cardiovascular; derrames pleurales; embolia pulmonar; distensión abdominal; lesiones de cabeza, cuello o columna vertebral, procesos sangrantes agudos, coagulopatías, estados asmáticos, estados epilépticos, neumotórax no drenado y siempre en consenso con el facultativo responsable.

PERSONAL



- Enfermera/o
- Auxiliar de Enfermería.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE



Individualizar las actuaciones en proceso/pte.

PREPARACIÓN DEL PERSONAL



- Observar los parámetros hemodinámicos durante el procedimiento.
- Determinar si hay contraindicaciones.
- Determinar el segmento del pulmón a tratar.



Aplicación de la intervención de Enfermería, tipificada por la CIE (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) con el código:3230.

Definición

- Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja.

Actividades

- Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.
- Determinar el segmento pulmonar que necesita ser drenado.
- Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta.
- Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada.
- Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.
- Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural, si resulta oportuno.
- Utilizar nebulizador ultrasónico, si procede.
- Practicar aerosolterapia, si procede.
- Administrar broncodilatadores, si está indicado.
- Administrar agentes mucolíticos, si procede.
- Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.
- Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
- Observar la tolerancia del paciente por medio de la SaO₂, ritmo y frecuencia respiratorios, ritmo y frecuencia cardíacos y niveles de comodidad.

MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES.

A- FLUIDIFICACIÓN

Consiste en fluidificar las secreciones espesas para que puedan ser drenadas con mayor facilidad.

Material:

- Humectador.
- Ventimask.
- Agua bidestilada.

Técnica:

- Explicar la técnica al paciente.
- Echar agua al caudalímetro.
- Conectar el humectador a la red .
- Aplicar la fluidificación 15-20 minutos antes de cada sesión de fisioterapia.
- Desconectar el humectador de la red.
- Registrar la técnica en la gráfica.

B- TOS ASISTIDA

El procedimiento más eficaz para movilizar secreciones es la tos. Cuando ésta no está presente o es insuficiente es conveniente provocarla o hacer que el paciente tosa voluntariamente.

Técnica:

- Explicar la técnica al paciente y lo que se espera de su colaboración.
- Colocar al paciente en posición cómoda, sentado en posición de Fowler, con la cabeza hacia delante, hombros dirigidos hacia adentro y los brazos descansados sobre almohadas.
- Animar al paciente a realizar una inspiración profunda y prolongada.
- Hacer respiraciones profunda por la nariz, seguida de la expulsión del aire por la boca de forma brusca y fraccionada en 2 ó 3 veces.
- También puede conseguirse tos introduciendo 2 ó 3 cc de suero fisiológico templado durante la inspiración del paciente.
- Estimular siempre después del drenaje postural.

MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES.

C- CLAPPING

El clapping es una técnica de percusión pasiva que se emplea para desprender las secreciones espesas adheridas a las paredes bronquiales para que puedan ser expectoradas o aspiradas.

Objetivo:

La finalidad básica de la técnica es la movilización rápida del moco, estimulando la tos, con lo que favorece la expectoración y la expulsión de las secreciones del árbol bronquial.

Técnica:

- Explicar la técnica al paciente, las molestias y las ventajas.
- Posición: Habitualmente en decúbito lateral, es importante que el paciente esté relajado y la técnica no sea dolorosa.
- Cubrir la zona con una toalla fina para disminuir las molestias.
- Ahuecar las manos, manteniendo los dedos flexionados y el pulgar pegado al índice.
- Percutir el segmento torácico elegido, con golpes secos, rítmicos y suaves. También deberá usar toda la fuerza del cuerpo para realizar la técnica, por lo que debe adoptarse una postura óptima para no fatigarse. Para que resulte eficaz se intenta atrapar aire entre la mano y el tórax del paciente.
- La percusión se realizará durante 4 ó 5 minutos sobre el área deseada.

Precauciones y Contraindicaciones:

- En determinadas situaciones, como las siguientes, en caso de que el Clapping sea doloroso el terapeuta debe detenerse:
 - personas ancianas con fragilidad ósea o tratados con corticoide
 - paciente en UCI inconsciente (es importante conocer bien su Historia Clínica)
- En general, la fisioterapia respiratoria está totalmente contraindicada en:
 - febriles neumotórax no drenado
 - procesos sangrantes agudos
- El Clapping en particular no se aplica en:
 - tuberculosis
 - absceso y embolia pulmonar
 - hemorragias
 - exarcebación de broncoespasmo o crisis asmática (con finalidad relajante)
 - dolor torácico agudo
 - sobre vibración consiste la compresión intermitente de la pared torácica durante la espiración, intentando aumentar la velocidad del aire espirado para de esta manera desprender las secreciones.
 - zonas de carcinoma reseccante
 - estados febriles.

D- VIBRACIÓN

La vibración consiste la compresión intermitente de la pared torácica durante la espiración, intentando aumentar la velocidad del aire espirado para de esta manera desprender las secreciones.

MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES.

E- DRENAJE POSTURAL

El drenaje postural permite la movilización de secreciones respiratorias evitando así su acumulación y consiguiendo una ventilación/ perfusión eficaz.

Para ello se combina la fuerza de la gravedad y la manipulación externa del tórax mediante la adopción de determinadas posturas junto con la percusión, vibración y tos.

Objetivo Principal:

El objetivo de la técnica es conseguir que las secreciones drenen por acción de la gravedad hacia bronquios mayores, tráquea hasta conseguir expulsarlas con la tos manteniendo así permeables las vías aéreas.

Material:

- Bolsa.
- Registros de enfermería.
- Toallitas de celulosa.
- Almohadillas o almohadas .

Procedimiento:

- Informar al paciente del procedimiento.
- Inducir al paciente, previamente al inicio de la maniobra, a toser y respirar profundamente (si es posible).
- Colocar al paciente en la posición adecuada, según el segmento a drenar. Dicho segmento deberá tener una posición más elevada, con relación al bronquio principal.
- Realizar 2-3 veces al día y nunca después de las comidas.
- Aplicar los procedimientos de percusión y/o vibración, si las secreciones son muy espesas, durante el drenaje postural.
- Anotar en registros de enfermería, la efectividad del procedimiento, cantidad y características de las secreciones.

Observaciones:

Las principales indicaciones para el drenaje postural son:

- Absceso pulmonar.
- Bronquitis crónica .
- Bronquiectasias.
- Fibrosis quística.

La posición de trendelenburg, puede estar contraindicada en algunas situaciones, por lo que debemos solicitar la ratificación de la orden al médico encargado, en presencia de:

- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardíaca.
- Patología intracraneal.
- Distensión abdominal.

Lóbulos :

Superior

Apical: El paciente se sitúa en sedestación con ligera inclinación hacia atrás, hacia adelante o hacia los lados.

Anterior: En decúbito supino con las rodillas en ligera flexión.

Posterior: Derecho: El paciente se sitúa en decúbito lateral izquierdo girando unos 45°, descansando sobre una almohada. Izquierdo: Decúbito lateral derecho o en posición sentada con inclinación de 45° hacia el lado opuesto.

Medio

Decúbito supino con unos 25° de giro hacia el lado opuesto, con las caderas elevadas unos 25 cm.

Inferior

Apical: Decúbito prono con una almohada debajo de las caderas.

Basal anterior: Decúbito supino, caderas elevadas unos 30 cm y rodillas ligeramente flexionadas. El pie de la cama debe estar elevado unos 40 cm.

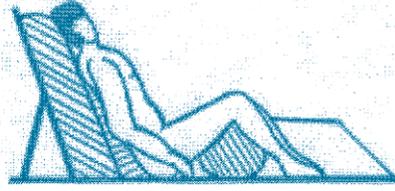
Basal posterior: Decúbito prono, caderas elevadas unos 35 cm y el pie de la cama elevado unos 40 cm.

Latero basal o externo: Decúbito lateral sobre lado opuesto con una almohada debajo de la cadera y el pie de la cama elevado unos 40 cm.

Ante una radiografía de tórax examinaremos detenidamente: la región apical o vértices pulmonares (por encima de clavículas), regiones infraclaviculares, campos medios y regiones hiliares, campos inferiores o basales y regiones supradiafragmáticas.



Lóbulo Superior
Segmento Anterior



Lóbulo Superior
Segmento Apical



Lóbulo Inferior
Seg. Basal Anterior



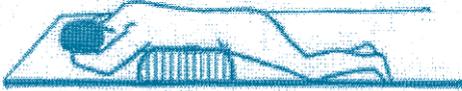
Lóbulo Medio



Lóbulo Inferior
Seg. Basal Externo



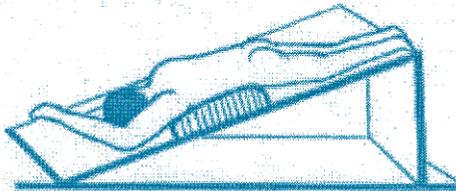
Lóbulo Inf. Izqdo
Seg. Posterior



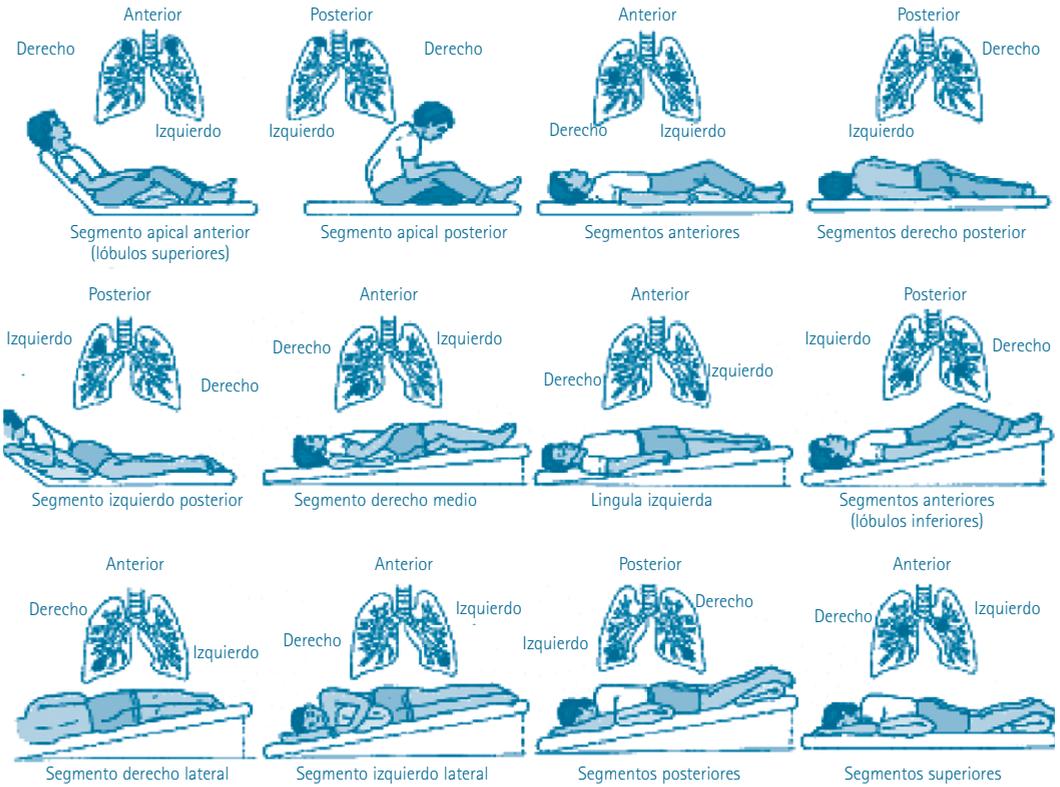
Lóbulo Inferior
Seg. Apical



Lóbulo Superior
Seg. Apical



Lóbulo Inferior
Seg. Posterior



F- EJERCICIOS RESPIRATORIOS

a) Respiración diafragmática.

Procedimiento

Explicar la técnica al paciente y lo que se espera de su colaboración

Colocar al paciente en decúbito supino con una almohada en la cabeza y otra bajo las rodillas con estas flexionadas. Colocar una mano en la parte superior del pecho y la otra debajo de la caja torácica. Esto permitirá sentir el movimiento del diafragma cuando respira.

Aspirar lentamente a través de la nariz a fin de que el estómago se mueva en contra de la mano. La mano en el pecho debe permanecer tan quieta como sea posible.

Apretar los músculos del estómago, dejarlos mover hacia dentro cuando exhale.

Cuando ya tenga práctica puede realizar los mismos ejercicios sentado.

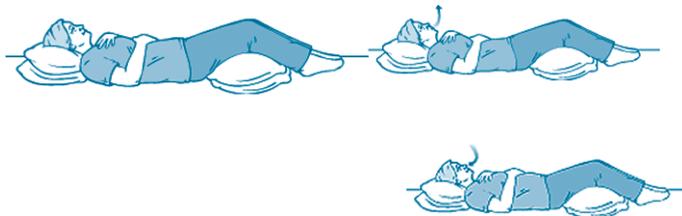
Para realizar este ejercicio sentado, debe actuarse de la siguiente forma:

Sentarse en un sillón, con las rodillas flexionadas colocar las manos sobre el abdomen. Inspirar profundamente a través de nariz manteniendo la boca cerrada. Al inspirar, el abdomen se distiende elevando las manos.

Colocar los labios como si fuese a silbar y espirar lenta y suavemente haciendo un sonido silbante sin hinchar los carrillos.

Practicar este ejercicio durante 5-10 minutos 3-4 veces al día.

Registrar técnica en la gráfica.



F- EJERCICIOS RESPIRATORIOS

b) Espirómetro de incentivo

Objetivo

El uso del espirómetro le ayudará a expandir los pulmones, le permitirá inhalar una mayor cantidad de oxígeno y prevendrá la aparición de complicaciones pulmonares.

Técnica

Sostener el espirómetro en posición vertical sobre la mano, procurando no inclinarlo hacia ningún lado.

Espirar normalmente y colocar la boquilla del aparato entre los labios.

Inhalar profundamente hasta que la bola del dispositivo suba hasta arriba, manteniéndola el mayor tiempo posible.

Por último, sacar la boquilla de la boca y exhalar normalmente.

Repita el ejercicio varias veces, descansando entre cada una de las respiraciones.

Es conveniente toser después de realizar este ejercicio.

Registrar técnica en la gráfica.



CRITERIOS DE CALIDAD

Todo paciente con cirugía mayor abdominal con GDR > 5 días de ingreso realizará inspiración incentivada.

- Indicador: Paciente colectomizado/nº de anotaciones de inspiración incentivada a partir del 1er día tras intervención.
- Standard: 50%
- Auditoría: 20 GDRs colectomizados, control en hª enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2º ed. Madrid: Harcourt, 2001.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3º ed. Madrid: Harcourt, 2001.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt, 2001.
- Clínica Universidad de Navarra, Fisioterapia respiratoria, documento consultado en internet el 25/03/08 en HYPERLINK "<http://www.cun.es/areadesalud/tu-salud/cuidados-en-casa/fisioterapia-respiratoria/>" · <http://www.cun.es/areadesalud/tu-salud/cuidados-en-casa/fisioterapia-respiratoria/>
- Cuidados respiratorios en enfermería. Nursing Photobook. Ediciones Doyma, 1985.

NOTA

En cada proceso asistencial y en cada situación del paciente habrá que incluir/pautar los cuidados del aparato respiratorio necesarios, pues hay evidencia sobre determinados procesos y pacientes.

3250 MEJORAR LA TOS



DEFINICIÓN

Fomento de una inhalación profunda en el paciente con la consiguiente generación de altas presiones intratorácicas para la expulsión forzada de aire.



OBJETIVOS

Aumentar la efectividad de la tos.



PERSONAL

- Auxiliar de enfermería.
- Enfermera/o.



MATERIAL

Material necesario: inspirón, bolsa de orina, chaleco torácico,...



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Deben iniciarse las actuaciones antes de iniciar cualquier movilidad.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Material preparado.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Vigilar siempre la mejora de los valores funcionales respiratorios.
- Ayudar al paciente que tenga dificultades para realizar la técnica.
- Animar al paciente a colaborar activamente en la técnica.
- Fomentar el uso de espirometría incentivada como refuerzo.
- Se puede utilizar la tos forzada/inspiración forzada para enseñar al paciente a toser. Esta maniobra estimula activamente el reflejo de la tos. Consiste en efectuar una respiración forzada y estimular al paciente para que tosa, tras una inspiración profunda. Esta técnica favorece la movilización de secreciones a través de la tos.
- Se darán consejos prácticos al alta para realizar en casa para mejorar su función respiratoria, aprender a respirar adecuadamente, medidas dietéticas que nos pueden ayudar a fluidificar las secreciones y técnicas de expulsión de las mismas.
- Indicadas para pacientes con restricción de la expansión torácica, y los que se recuperan de una intervención quirúrgica de cirugía torácica y cirugía abdominal. Comprenden los siguientes ejercicios:
 - a) Ejercicios de expansión apical: Colocar las manos por debajo de ambas clavículas del paciente y ejercer presión moderada, se instruye al paciente para que se concentre para expandir la parte superior del tórax. Esto ayuda a airear los arcos apicales de los lóbulos superiores de los pulmones y por tanto, a reexpandir el tejido pulmonar y movilizar secreciones para favorecer la eliminación eficaz. La espiración se realizará de forma suave con los labios fruncidos, intentando expulsar todo el aire, posteriormente se le estimulará al paciente para que tosa.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

b) Ejercicios de expansión basal: El paciente en posición Fowler o semi Fowler. Se colocan las palmas de la mano en el área inferior de las costillas, sobre la línea media axilar y se ejerce presión moderada. Se le instruye al paciente, para que se concentre en expandir en la parte inferior torácica durante la inspiración, y luego expandir despacio y suave con los labios fruncidos hasta expulsar todo el aire, posteriormente se le estimulará al paciente para que tosa.



PUESTA EN ORDEN

- Se anotará en la historia lo conseguido en datos objetivos: volumen exhalado, volumen inspirado, ..
- Se recogerá y limpiará el material utilizado.



PRECAUCIONES

Procurar incentivar la realización de tos asistida.



REGISTRO

En historia de enfermera se registrará.



PROBLEMAS POTENCIALES

Dolor.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Criterio: Todo paciente con estimulación activa de la tos, debe anotarse.
- Indicador: pacientes que ingresen con secreciones/ n° de anotaciones.
- Standard: 50%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Todos los pacientes con secreciones deben tener una tos lo más efectiva posible.

3300 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA



DEFINICIÓN

Técnica de soporte ventilatorio que da apoyo a la función respiratoria, como bomba ventilatoria (mecánica ventilatoria), y a su función de intercambio gaseoso, sin invadir la vía aérea, eliminando así las graves complicaciones y riesgos que comporta la Ventilación Mecánica Invasiva (VMI).



OBJETIVOS

- Mejorar la ventilación alveolar.
- Conseguir adecuado mantenimiento del intercambio gaseoso.
- Alivio de la disnea y el trabajo respiratorio.
- Disminución del consumo de oxígeno sistémico.
- Evitar la intubación endotraqueal.



PERSONAL

Equipo multidisciplinar, donde el médico indica la VNI y el equipo de enfermería (DUE-AE) aplican la VNI, vigilan y cuidan al paciente y su familia.



MATERIAL

- Ventilador (según modelo).
- Interfase: Conjunto de dispositivos que se encuentran entre el ventilador y el paciente.
 1. Componentes indispensables para la aplicación de la VNI: (1) Mascarilla de VNI. (2) Circuito de ventilador, con o sin línea adicional de medición de presiones. (3) Sistema de aporte de oxígeno, mezclador de oxígeno o aporte mediante oxigenoterapia adicional al sistema. (4) Filtros del sistema.
 2. Componentes adicionales: (1) Sistema de humidificación. (2) Sistema de nebulización.
- Sistemas de sujeción: gorro, cinchas, arneses.
- Apósitos protectores tipo coloides con almohadillado, material de higiene bucal, vaselina.

PREPARACIÓN DE LA TÉCNICA

- Organizar y seleccionar todo el material necesario (AE).
- Montar/comprobar la interfase y conectar al ventilador (DUE).
- Conectar el ventilador a la red eléctrica, encender, selección de parámetros ventilatorios (médico o enfermera competente), test de inicio según modelo, comprobación de correcto funcionamiento, selección de alarmas adaptadas al perfil del paciente.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Posición del paciente: DS, cabecera entre 45-60° y correcta alineación traqueal.
- Información dirigida de la técnica (DUE).
- Realizar adecuada/rápida higiene y humidificación de la cavidad oral (no es preciso retirada de prótesis dentales si estas están bien sujetas). Aconsejable la aplicación de vaselina en los labios.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

Etapa de inicio de la técnica:

- Preparación del material.
- Preparación del paciente.
- Aplicación del sistema de ventilación perfectamente montado y en funcionamiento iniciando la aplicación de la mascarilla con la mano de personal sanitario o el propio paciente hasta conseguir la adaptación/sincronización con la ventilación.
- Sujeción y correcto posicionamiento de la mascarilla.
- Comprobación del correcto funcionamiento del sistema, posición de la mascarilla, adaptación del paciente a la ventilación.

Etapa de continuación = Plan de cuidados y mantenimiento del material y aparataje.

MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARETAJE

- Tras la aplicación de la técnica es preciso recoger todo aquello que desechemos así como comprobar que el respirador quedó conectado a la red eléctrica, el buen funcionamiento del aspirador, humidificador....
- Mantenimiento del aparataje y material: (1) Limpieza diaria de la mascarilla con agua, jabón neutro y correcto secado. (2) Cambiar la tubuladura una vez por semana. (3) Limpieza del respirador con detergente suave (tipo hibiscrub).



PRECAUCIONES

- Comprobar periódicamente el correcto funcionamiento del ventilador y sus parámetros y estado de la interfase.
- Comprobar la posición de la máscara al menos una vez por turno, tras recolocación o movilidad del paciente y si existe desadaptación del paciente.
- Valoración del nivel de conciencia, capacidad tusígena y deglutoria del paciente una vez por turno y si cambios clínicos.
- Valoración del estado respiratorio del paciente: trabajo respiratorio, disnea, saturación de oxígeno, auscultación pulmonar y gasometría si precisa.
- Valoración cardiológica (TA, FC) por turno y según clínica.
- Valoración del estado de la piel al menos una vez al día.



REGISTRO

Es aconsejable la existencia de una hoja de registros específica y consensuada, para la ventilación que nos ayude a repasar periódicamente (por turno, diaria...) el estado del paciente. Además existen aspectos que no debemos olvidar en las incidencias de enfermería. Entre ambos registros deberíamos tener reflejados los siguientes aspectos.

- Hora de inicio, interrupción/motivo de interrupción, de la técnica.
- Parámetros cardiorrespiratorios y ventilatorios según estabilidad del paciente (una vez por turno, una vez al día...).
- Respuesta respiratoria a la ventilación.
- Grado de adaptación y tolerancia del paciente a la técnica.
- Valoración de la nutrición e hidratación del paciente.
- Estado de la piel (fundamentalmente zonas de apoyo de la mascarilla), conjuntiva y mucosa oral.

3300 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA



PROBLEMAS POTENCIALES

- Desadaptación o intolerancia a la ventilación.
- Ansiedad.
- Riesgo de aspiración.
- Riesgo de lesión de piel y mucosas.
- Congestión nasal.
- Limpieza ineficaz de la vía aérea.
- Fugas incontroladas del sistema.
- Hipotensión arterial.
- Reinhalación de CO₂.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Ventilación/perfusión adecuadas al paciente.
- Nivel de ansiedad.
- Estado nutricional.
- Permeabilidad de vías aéreas.
- Estado de piel y mucosas.
- Criterio: VALORACIÓN DIARIA DE LA PIEL EN CONTACTO CON LA MASCARILLA FACIAL.
- Indicador: nº de pacientes con VNI/ nº de valoraciones de la piel.
- Standard: 80%.
- Auditado: a través de neumología que nos darán el número de 10 historias de pacientes ingresados con técnica VNI.

123
ABC

BIBLIOGRAFÍA

- Iniciación a la Ventilación Mecánica No Invasiva. Manuel Herrera Carranza, coord. ISBN : 84-933800-6-7



DEFINICIÓN

Modo ventilatorio espontáneo continuo, que consiste en la aplicación de un flujo de gas a través del conector especial del sistema, generándose un flujo turbulento que crea una válvula virtual mediante la cual se mantiene una presión positiva continua (CPAP) concreta en las vías respiratorias.



OBJETIVOS

- Mejoría del intercambio gaseoso.
- Disminución del trabajo respiratorio.
- Mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas superiores.
- Efecto cardiovascular positivo (indicación en el EAP).



PERSONAL

Equipo multidisciplinar, donde el médico indica la VNI y el equipo de enfermería (DUE-AE) aplican la VNI, vigilan y cuidan al paciente y su familia.



MATERIAL

- Elementos del dispositivo CPAP de Boussignac:
- Mascarilla facial con adaptación hinchable y arneses para su fijación.
- Válvula virtual.
- Caudalímetro de alto flujo.
- Conector para la conexión CPAP al caudalímetro.
- Manómetro para vigilar el nivel de presión positiva (PEEP) que estamos aplicando.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Posición Fowler 45-60°.
- Información de la técnica.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Preparación y montaje del material, aplicación de la técnica:
- Adaptar el dispositivo de CPAP a la mascarilla.
- Colocar el conector de flujo (alargadera verde) a la mascarilla y al caudalímetro.
- Colocar la mascarilla al paciente sujetándola inicialmente con la mano.
- Abrir el caudalímetro hasta conseguir la cifra de CPAP que se desea (controlándolo con el manómetro).
- Sujeción final de la mascarilla con el arnés, sin presionar fuerte pero si evitando fugas. Buscar la comodidad del paciente.
- Ir subiendo el flujo si es preciso para incrementos de la CPAP de 2 en 2 cm de H₂O según respuesta del paciente.
- Continuación de cuidados al paciente según plan de cuidados.
- Vigilancia de la respuesta a la terapia respiratoria: FR, disnea, trabajo respiratorio, Sat O₂



PUESTA EN ORDEN

Una vez instaurada la técnica el paciente continuará con la terapia respiratoria durante al menos unas horas.

Cuando se produce la mejoría respiratoria y hay orden médica de retirada de la CPAP, podemos prever que el paciente pueda necesitar la terapia en un momento sucesivo y en ese caso guardaremos en la habitación del paciente todo el material (mascarilla previamente lavada, válvula virtual sin mojarse y alargadera de flujo- alargadera de conexión al manómetro).

En el caso de que la retirada de la terapia sea definitiva, se recoge el manómetro y el caudalímetro, el resto del material (alargaderas, válvula y mascarilla) se desechan.



REGISTRO

- Hora de inicio de la terapia y retirada.
- Niveles de CPAP con los que se esta ventilando al paciente.
- Nivel de tolerancia de la técnica.
- Respuesta ventilatoria (FR, Sat O₂).
- Evolución del trabajo respiratorio y la disnea del paciente.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Intolerancia a la técnica.
- Respuesta ventilatoria disfuncional a la CPAP.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Conseguir una buena tolerancia a la mascarilla.
- Existencia de registros especificados, en la gráfica del paciente.

123
ABC

BIBLIOGRAFÍA

Herrera Carranza, Manuel. Presión positiva continua en la vía aérea. En: Iniciación a la Ventilación Mecánica no Invasiva. Ed. Fundación lavante, 2006: 159-163.



DEFINICIÓN

Administración de oxígeno a los pacientes mediante el equipo adecuado, para aumentar la capacidad respiratoria y prevenir lesiones por hipoxia, se administra de manera correcta y la concentración prescrita.



OBJETIVOS

- Reinstaurar el nivel óptimo de oxígeno en sangre.
- Es imprescindible la revisión periódica de los equipos de administración de oxígeno para asegurar su correcto funcionamiento y evitar fugas.



INDICACIONES

La oxigenoterapia está indicada en las siguientes situaciones:

- Hipoxemia.- Consiste en la disminución de la PaO_2 por debajo de 60 mmHg que se corresponde con saturaciones de oxígeno de 90%.
- En una situación aguda en que se sospecha hipoxemia: en tal caso, se requiere confirmarla en un periodo apropiado de tiempo después del inicio de la terapia.
- Traumatismo severo.
- Infarto Agudo de Miocardio o Angina inestable.
- Terapia a corto plazo o intervención quirúrgica (por ejemplo recuperación por anestesia).

Las principales causas de hipoxemia de origen respiratorio son las siguientes:

- Alteración en la relación ventilación/perfusión. Es la causa más frecuente de hipoxemia en enfermedades pulmonares como asma, neumonía, atelectasia, bronquitis y enfisema.
- Hipoventilación alveolar; además de hipoxemia se observa elevación de la $PaCO_2$.
- Trastornos en la difusión; rara vez causan hipoxemia en reposo.
- Aumento del cortocircuito intrapulmonar; puede ocurrir por alteración en el parénquima pulmonar como en el SDRA.
- Aumento del espacio muerto.

Las causas más frecuentes de hipoxemia de origen no respiratorio son las siguientes:

- Disminución de la presión parcial (tensión) del oxígeno o de la cantidad de oxígeno en el gas inspirado.
- Disminución del gasto cardíaco.
- Cortocircuito intracardiaco de derecha-izquierda.
- Shock.
- Hipovolemia.
- Disminución de la hemoglobina o alteración química de la molécula.

Otras indicaciones de oxigenoterapia en urgencias son:

Insuficiencia respiratoria crónica agudizada, crisis asmática, obstrucción de vía aérea superior, compromiso neuromuscular, oxigenoterapia previa por tiempo indefinido (EPOC, fibrosis pulmonar, fallo cardíaco), intoxicación por cianuro.

EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD

La necesidad de la oxigenoterapia se determina por la presencia de una inadecuada presión parcial del oxígeno en la sangre arterial o por una baja saturación, determinados por métodos invasores o no invasores o por la presencia de alguno de los indicadores clínicos anteriormente descritos.

Para determinar la presencia de hipoxemia se debe realizar una gasometría arterial, con la ayuda de este dato se determina la de la hipoxemia.

La pulsoxiometría puede ser útil en algunas circunstancias.

PREPARACIÓN DEL PERSONAL



Lo realizará la enfermera y Auxiliar de Enfermería

MATERIAL



- Toma de oxígeno centralizada o bombona de oxígeno.
- Caudalímetro.
- Humidificador, con agua destilada preferiblemente.
- Medios de fijación si fueran precisos.
- Gafas nasales (cánulas nasales), Mascarillas facial del tamaño adecuado y concentración variable (mascarilla de oxígeno simple y máscara con reservorio).
- Tubo en T.
- Campaña de oxígeno.
- Tienda facial.
- Collar o mascarilla de traqueostomía.
- Mascarilla Venturi.

DESCRIPCIÓN DE ETAPAS



- Lavado de manos, antes de iniciar la técnica.
- Informar al paciente de lo que se le va a hacer, siempre que sea posible.
- Elevar la cabecera de la cama del paciente para colocarlo en la posición de Fowler (si no está contraindicado).
- Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, así como la coloración, de piel y mucosas.
- Observar la frecuencia respiratoria del paciente y monitorización cardíaca.
- Ajustar la concentración de oxígeno prescrito en el caudalímetro.
- Mantener el nivel de agua adecuado en el frasco humidificador.
- Comprobar el correcto funcionamiento de todo el sistema.
- Recoja y ordene el material utilizado.

EQUIPOS

Existen dos sistemas para la administración de oxígeno: los sistemas de bajo flujo y los sistemas de alto flujo.

A. SISTEMAS DE BAJO FLUJO:

Estos sistemas suministran oxígeno puro (100%) a un flujo menor que el flujo inspiratorio del paciente. El oxígeno administrado se mezcla con el aire inspirado y, como resultado, se obtiene una concentración de oxígeno inhalado (FIO₂) variable, alta o baja, dependiendo del dispositivo utilizado y del volumen de aire inspirado por el paciente. Es el sistema de elección si la frecuencia respiratoria es menor de 25 respiraciones por minuto y el patrón respiratorio es estable, de lo contrario, el sistema de elección es un dispositivo del alto flujo.

1. CÁNULA NASAL.

Es relativamente cómoda, ya que permite al paciente hablar y comer sin interrumpir el flujo.

Se utiliza para concentraciones bajas de oxígeno de 2 a 6 litros por minuto.

En recién nacidos y en niños el flujo se debe limitar a máximo 2 litros/minuto.

No se aconseja la utilización de cánula cuando son necesarios flujos superiores a 6 litros por minuto, debido a que el flujo rápido de oxígeno ocasiona resequecedad e irritación de las fosas nasales y no aumenta la concentración del oxígeno inspirado.

2. MASCARA DE OXIGENO SIMPLE.

La mascarilla debe adaptarse a la nariz mediante una banda de aluminio maleable que dispone la mascarilla y ajustada a la cara del paciente evitando las fugas de oxígeno mediante la banda elástica de la misma, alrededor de la cabeza y por encima de los pabellones auditivos.

Almohadillar la banda elástica por detrás de los pabellones auditivos y sobre las prominencias óseas para evitar la aparición de ulceraciones.

Aplicar vaselina en los labios para evitar lesiones.

Inspeccionar la piel de la cara en busca de irritaciones para evitar ulceraciones.

Puede suministrar oxígeno con flujos de 5-10 litros por minuto.

Durante el periodo de alimentación el paciente debe utilizar cánula de oxígeno para evitar hipoxemia.

3. MÁSCARA DE REINHALACIÓN PARCIAL (MÁSCARA CON RESERVORIO).

Es una máscara simple con una bolsa o reservorio en su extremo inferior; el flujo de oxígeno debe ser siempre suficiente para mantener la bolsa inflada.

Las mascarillas de reinhalación de oxígeno son similares a las mascarillas de reinhalación parcial, excepto por la presencia de una válvula unidireccional entre la bolsa y la máscara que evita que el aire espirado retorne a la bolsa.

4. CÁNULA TRANSTRAQUEAL.

Los pacientes que reciben oxígeno por cánulas transtraqueal (pequeñas cánulas transtraqueales diseñadas para oxigenoterapia domiciliaria), pueden continuar recibiendo oxígeno por este método al llegar a urgencias si no hay problemas adicionales. Si se presentan dificultades relacionadas con la ruta de administración transtraqueal, la oxigenación debe ser asegurada por otros medios.

B. SISTEMAS DE ALTO FLUJO:

Los sistemas de alto flujo aportan mezclas preestablecidas de gas con FIO_2 altas o bajas a velocidades de flujo que exceden las demandas del paciente, es decir el flujo total de gas que suministra el equipo es suficiente para proporcionar la totalidad del gas inspirado. Los dispositivos de alto flujo utilizan el sistema Venturi con base en el principio de Bernoulli, en el cual el equipo mezcla en forma estandarizada el oxígeno con el aire ambiente a través de orificios de diferente diámetro. Proporciona FIO_2 conocidas entre el 24 y 50%.

Las mascarillas de traqueostomía, los adaptadores de tubo en T para tubos endotraqueales y las tiendas faciales, funcionan como sistemas de oxígeno suplementario de alto flujo si se conectan a un sistema Venturi. Requieren humidificadores de aerosol (micronebulizado) o humidificadores de cascada o reservorios.

1. MASCARILLA VENTURI.

Suministran una concentración exacta de oxígeno independientemente del patrón respiratorio del paciente.

Puede producir en el paciente sensación de confinamiento, calor e inclusive irritar la piel.

Impide al paciente comer y hablar.

La concentración de oxígeno puede variar si no se ajusta adecuadamente la mascarilla, si se angulan los tubos conectores, si se bloquean los orificios de entrada de la mascarilla o si se aplica un flujo de oxígeno inferior al recomendado.

2. TUBO EN T.

El tubo en T proporciona un alto grado de humedad; se utiliza en tubos endotraqueales.

La extensión en chimenea funciona como un sistema de recirculación parcial y por lo tanto debe mantenerse colocada; de lo contrario se disminuye en forma significativa la FIO_2 .

3. CAMPANA DE OXIGENO.

Es una campana cerrada y compacta que se utiliza en lactantes.

Proporciona un alto grado de humedad y funciona como un sistema de alto flujo si se conecta a un sistema Venturi.

Es indispensable utilizarla con un nebulizador.

Tiene como desventajas la dificultad para alimentar al lactante y la dificultad para su aplicación en niños activos.

Se recomienda eliminar la condensación acumulada en los tubos por lo menos cada dos horas y, si se utiliza calentador, asegurar una temperatura de 34,5-35,6° en el interior de la cámara con controles cada 4 horas.

4. TIENDA FACIAL.

La tienda facial funciona como un sistema de alto flujo cuando se acopla a un nebulizador Venturi.

Es útil en pacientes que no toleran la mascarilla facial o en caso de traumatismo facial.

Es poco práctica para tratamientos a largo plazo.

5. COLLAR O MASCARILLA DE TRAQUEOSTOMÍA.

Proporciona un alto grado de humedad.

Debe eliminarse la condensación acumulada, por lo menos cada 2 horas, con el propósito de evitar el drenaje hacia la traqueostomía.

La mascarilla debe ser limpiada cada cuatro horas con agua, puesto que las secreciones acumuladas producen infección en el estoma.

El orificio frontal de la máscara permite la aspiración de secreciones y no debe ser ocluido.

Se recomienda evitar el uso de aerosoles calientes en traqueostomía recientes por el riesgo de causar hemorragias.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.
- Restringir el fumar.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- Administrar oxígeno suplementario según ordenes.
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno.
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.
- Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría), si procede.
- Asegura la colocación de la mascarilla/cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo.
- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.
- Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la mascarilla a cánulas nasales durante la comida, según tolerancia.
- Observar si hay signos de hiperventilación inducida por el oxígeno.
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.
- Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiere con los intentos de respirar por parte del paciente.
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.
- Observar si se producen roturas de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.
- Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.
- Consultar con otros cuidadores acerca del uso de oxígeno suplementario durante periodos de actividad y/o sueño.
- Instruir al paciente y a la familia sobre el uso del oxígeno en casa.
- Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar al paciente en consecuencia.
- Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad, si procede.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

- Toxicidad sistémica: Debida a una PaO_2 excesiva suministrada a la arteria retiniana.
- Toxicidad pulmonar: Con atelectasia, disminución de la actividad mucociliar, resultando de las tensiones excesivas de oxígeno inhalado.
- Criterios referente al tratamiento del RN con oxígeno:
 - La PaO_2 no deberá exceder de 100 mmhg.
 - Tomar la muestra de gasometría con preferencia de arteria.
 - Medir la FiO_2 cada dos horas si el niño está en una atmósfera rica en oxígeno.
 - Calibrar el oxímetro cada día.
 - Las mezclas de aire y oxígeno deben ser calentadas y humidificadas.

PROBLEMAS POTENCIALES



- Hipertensión arterial pulmonar.
- Hipoxemia considerable, vaso espasmo pulmonar, shock.....
- Hemorragia intracraneal.
- Lesión renal.
- Enterocolitis necrosante.

REGISTRO



- Anote en el registro del paciente:
 - Comienzo y cese de la administración del oxígeno, medios utilizados y concentración.
 - Gasometrías que se han realizado a lo largo del día.
 - Anotar cualquier incidencia o cambio.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- www.fepafem.org.ve/guias_de_urgencias
- <http://www.aibarra.org/ucip/temas/temas05/tema05.html>
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4º Edición.



DEFINICIÓN

Mantenimiento activo y retirada de un sistema de drenaje con/sin aspiración de una herida.



OBJETIVOS

Reducir el riesgo de infección de la herida y evitar hematomas.



PERSONAL

Enfermero/a.



MATERIAL

- Material estéril: bolsa vaciado, apósitos.
- Drenaje si procede.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Tener todo el material preparado antes de empezar la inspección.
- Lavado de manos según protocolo antes de quitar apósito.
- Calzar los guantes estériles antes de curar para preparar el material estéril.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Crear un momento adecuado para revisar el drenaje (con la cura de la herida si procede), o dar al paciente criterios para que nos avise a revisar.
- Explicar el procedimiento al paciente para que se coloque de forma cómoda.
- Proporcionar alivio adecuado antes de la manipulación.
- Preparar el campo estéril antes de comenzar.
- Colocar al paciente en posición relajada para empezar la revisión.
- Revisar el apósito cobertor de la herida sin tocar la herida.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Reúna el material necesario.
- Póngase guantes.
- Vigilar el sistema de drenaje según su vacío(1-ningun vacío: sin pera con caída libre a bolsa, 2-bajo vacío: pera de silicona, alto vacío: concertina), para que esté según lo indicado por el médico que lo ha prescrito.
- Valorar las características del sangrado.
- Obtener muestras si es necesario.
- Retirar drenaje según proceso o prescripción con técnica estéril, retirando previamente el punto de anclaje de sutura.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Segregar los dispositivos adecuadamente.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Lavado de manos.



PRECAUCIONES

- Evaluar siempre el sangrado y avisar al médico responsable si tiene repercusiones hemodinámicas o es excesivo según paciente/intervención.
- Si el apósito de salida está limpio y seco sin signos o síntomas de alteración del proceso, no levantar.
- Explicar que la sensación del drenaje es postural.
- Evitar acodar los tubos.
- Eliminar los accesorios sucios o manchados para mantener limpios los drenajes.
- Si es alérgico a los iodóforos o es una cesárea, sustituir por clorhexidina.
- Al retirar el drenaje dejar apósito 24 horas tras retirada.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Registrar el volumen y características del contenido del drenaje e indicando las características.
- Si existe algún dato que indique infección local anotarlo en h^a.
- Obtener muestras si es necesario.
- Registrar y enumerar todos los drenajes para tenerlos contabilizados y controlados.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Excesivo sangrado: comprimir durante t^o de coagulación y avisar si no cede a su médico.
- Dolor no controlado, ver pauta de analgesia y administrar para que durante el procedimiento tenga el mayor nivel de analgesia.
- Infección del contenido, avisar a su médico.



CRITERIOS DE CALIDAD

Anotar las características de lo drenado en todas las curaciones que lo tengan.

INDICADOR, aleatoriamente: 10 intervenciones limpias con drenaje/10 hojas escritas las características del drenaje.

Standard: 95%.



BIBLIOGRAFÍA

McCloskey, Joanne, Bulechek, Gloria. NIC. Cuarta edición.



CRITERIOS DE RESULTADO

Control de drenajes.



DEFINICIÓN

Prevención de complicaciones en la herida y fomento de la curación de la zona donante del injerto.



OBJETIVOS

Mantener un entorno óptimo de cura y prevenir la morbilidad asociada a una cura retardada.



PERSONAL

Enfermero/a.



MATERIAL

Carro de curas con el material pautado: apósitos, gasas, vendas, guantes, etc.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Revisión del carro.
- Revisar la historia de cuidados para determinar la curación.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Ambiente tranquilo.
- Informarle de lo que va a sentir.
- Valorar tolerancia al dolor para las curas y actuar según la analgesia pautada.
- Prepararlo en posición de menor tensión.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Colocar al paciente en posición cómoda compatible con procedimiento.
- Explicar el procedimiento y sensaciones.
- Los apósitos primarios siguen los principios de la cura húmeda en las heridas, y deben usarse preferentemente sobre los de gasa engrasada en las zonas donantes de injertos cutáneos de espesor parcial.
- Las zonas con exudado ligero se tratarán con poliuretano: tegaderm.
- Las zonas con exudado moderado(lo normal) con hidrocoloide: varihesive.
- Las zonas con exudado elevado con fibra de hidrocoloide en apósito:
- Retirar el vendaje de venda elástica, compresivo, del quirófano a las 48 horas si está limpio.
- Los apósitos primarios deben mantenerse intactos hasta que puedan retirarse los apósitos sin traumatismo para la zona donante y posteriormente revisar los signos pericon y vendar.
- En el caso de deterioro o goteo del apósito primario, sin signos de infección, limpiar la zona extra apósito y reforzar el vendaje.
- Si sigue goteando o está deteriorado el apósito, deberá retirarse el primario y se evaluará los signos clínicos de infección de la herida.
- Si no hay signos de infección colocar el mismo apósito primario de elección y el vendaje.
- En el caso de signos de infección, basar la terapia en diagnósticos precisos e individualizando a cada paciente, sin embargo se usa habitualmente la sulfadiacina argéntica o furacín en tratamientos cortos y evaluados frecuentemente para ver evolución.



PUESTA EN ORDEN

- Lavado de manos
- Segregar adecuadamente los desechos.
- Recoger el carro y colocarlo ordenadamente reponiendo lo usado.



PRECAUCIONES

- Revisar la zona cada 24 horas y anotar incidencias.
- Al levantar vendaje cuidado con la tracción, pues podemos levantar el apósito primario.
- Vigilar los signos de infección de la zona.

TRAS EL ALTA EDUCAR AL PACIENTE QUE CUANDO SE CURE LA ZONA, DEBERÁ LAVARSE CON CUIDADO Y APLICAR CREMA HIDRATANTE DOS VECES AL DÍA. QUE EVITE LA EXPOSICIÓN A LA LUZ U.V. Y SI ES INEVITABLE UTILICE PROTECCIÓN TOTAL CON EFECTO PANTALLA.



REGISTRO

- Anotación en la incidencias de las características del apósito.
- Anotar los signos alrededor del apósito primario.
- En caso de alguna alteración, anotar y comunicar a su médico responsable.
- Anotar la educación para la salud al alta.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Sangrado.
- Excesiva compresión del vendaje.
- Infección localizada.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Anotación de las características del apósito primario.
- INDICADOR: en 10 ingresos para autoinjerto, anotación de las características del apósito/nº total de ingresos.
- Standard: 90%.



BIBLIOGRAFÍA

JBI. Zonas donantes para injertos cutáneos de espesor parcial: manejo post-qco o post-injerto. Best-practice2002,6(2):1-6. Revisado 10-04-2007.
McCloskey, Joanne, Bulechek, Gloria. NIC. Cuarta edición.



CRITERIOS DE RESULTADO

Cura adecuada de la zona de injerto y educación para la salud a la persona que tiene una zona afecta donante de piel.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

La gran mayoría de las infecciones de la herida quirúrgica se producen durante el tiempo de la intervención. Así, la implantación de los gérmenes en la herida se realizaría a partir de estas fuentes presentes durante la intervención. Estas fuentes potenciales se localizan en:

- El propio paciente (microorganismos de la propia flora cutánea y/o de las vísceras que se manipulan durante la intervención.
- Personal sanitario
- Entorno quirúrgico

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la infección quirúrgica tenemos:

- Grado de contaminación de la intervención (Cirugía limpia, limpia-contaminada contaminada y sucia)
- Técnica quirúrgica
- Complejidad y duración del procedimiento quirúrgico
- Preparación del campo quirúrgico y rasurado
- Estancia prequirúrgica
- Drenajes abiertos
- Factores predisponentes del paciente (edad, grado de inmunosupresión, etc)
- Manipulaciones y técnicas invasivas previas
- Profilaxis antibiótica inadecuada o inexistente
- Entorno quirúrgico (personal sanitario, lavado quirúrgico, materia, ambiente, etc)

Medidas de prevención.

Las medidas de prevención van encaminadas a disminuir el riesgo de aparición de infección en el post operatorio:

- Preparación higiénica del paciente (según protocolo)
- Aplicación del Protocolo prequirúrgico
- Administración de Profilaxis Antibiótica Pautada
- Procedimiento de esterilización del material
- Lavado de manos quirúrgico (según protocolo)
- Medidas para el control ambiental en Quirófano.
- Medidas Post quirúrgicas:



DEFINICIÓN

Es la limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas. Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.



OBJETIVOS

- Favorecer el proceso de cicatrización.
- Prevenir la infección, disminuyendo el riesgo relacionado con la manipulación de las heridas.
- Detectar precozmente la aparición de complicaciones.
- Educar al paciente y familia en las medidas de protección de la herida.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería (en caso necesario).



MATERIAL

- Carro de curas con todo el material, según pauta hoja de enfermería.
- Guantes, gasas, solución antiséptica, apósitos, jeringas, aguja etc.
- Material estéril.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Tener todo el material preparado antes de la cura.
- Lavado de manos, según protocolo, antes de quitar apósito.
- Calzar guantes estériles antes de curar y preparar de material estéril.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Procurar intimidad al paciente.
- Ambiente propicio de limpieza y aseo. Recomendar ducha diaria, si movilización.
- Explicar el procedimiento al paciente y familia
- Proporcionar alivio adecuado antes de la cura.
- Colocar al paciente en la posición adecuada y lo más cómodo posible.
- Solicitar la colaboración del paciente.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Lavado de manos y desinfección con solución alcohólica (según protocolo).
- Colocar empapador para proteger la cama.
- Descubrir solo la zona necesaria para la cura.
- Colocar guantes no estériles.
- Retirar el apósito que cubre la herida sin tocarla. Si está pegado, humedecerlo con suero fisiológico.
- Evitar tirar del apósito ya que podría afectar a la sutura o al tejido de cicatrización.
- Retirar y desechar los guantes.
- Examinar la herida (color, dolor, inflamación, exudado, etc).
- Si se observan signos de infección, notificar al médico responsable.
- Abrir el paquete de pinzas estériles.
- Abrir paquetes de gasas y humedecer con suero las necesarias.
- Colocarse guantes estériles, según protocolo.
- Aplicación de suero fisiológico para limpiar la herida por arrastre, de arriba abajo y del centro a la periferia hasta la limpieza total, cambiando de gasas si es necesario.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Tratando de no pasar dos veces la gasa por la misma zona. Repetir la limpieza con gasa nueva las veces necesarias para eliminar los restos y los posibles gérmenes.
- Secar la zona con gasa utilizando la misma técnica.
- Aplicación del antiséptico que dejaremos secar antes de cubrir la herida con apósito estéril.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Segregar los desechos según protocolo.
- Informar al paciente y/o familiar de la evolución de la herida y recomendar la posible movilización según cada caso.
- Informar a su médico de la evolución de la herida.
- Sacar el carro de curas de la habitación para su limpieza y reposición.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Empaquetar las pinzas limpias y secas para enviar a esterilización.
- Lavado de manos y desinfección con solución alcohólica (según protocolo).



PRECAUCIONES

- Evaluar siempre la herida, observando las etapas de cicatrización.
- Explicar al paciente en el inicio de las curas, que las molestias son propias y que él decide el nivel de dolor que tolera. En caso necesario acordar con el médico responsable la posibilidad de administrar analgesia previa.
- Si el paciente es alérgico a los iodados, y en las Cesáreas, utilizar como antiséptico la Clorhexidina, siempre con las recomendaciones de los antisépticos de preventiva.
- La frecuencia de las curas será según evolución de la herida.
- Realizar siempre las curas de heridas infectadas, después de las limpias.



REGISTRO

- Evolución y características de la herida: localización, tamaño, evolución de la cicatriz, ...
- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Fecha, hora y Enfermera Responsable.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Aparición de signos de infección (calor, enrojecimiento, hipersensibilidad, aparición de exudado, etc).
- Dolor no controlado (revisar pauta de analgesia y administrarla con la suficiente antelación).
- Excesivo sangrado: comprimir durante el tiempo de coagulación normal y avisar si no cede a su médico.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Infección nosocomial en heridas limpias en el sitio de la incisión superficial establecido por los indicadores EPINE, con las características de posterior a quirúrgico.
- Indicador: EPINE DEL HOSPITAL.
Standard: el propuesto en EPINE.
(1102) Criterio de resultado NOC:
- Indicador: (110214) Curación de la herida por primera intención, evidenciado por la formación de la cicatriz, medido con licker de 1 a 5 de ninguno a extenso en toda la herida.

CUIDADOS DE LAS HERIDAS INFECTADAS



DEFINICIÓN

Valoración, limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida infectada.



OBJETIVOS

- Fomentar la eliminación de la infección in situ.
- Cicatrización de la herida.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería (en caso necesario).



MATERIAL

- Carro de curas con todo el material, según pauta hoja de enfermería.
- Guantes, gasas, solución antiséptica, apósitos, jeringas, aguja etc.
- Material estéril.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Tener todo el material preparado antes de la cura.
- Lavado de manos, según protocolo, antes de quitar apósito.
- Calzar guantes estériles antes de curar y preparar de material estéril.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Procurar intimidad al paciente.
- Ambiente propicio: luminosidad, limpieza, aseo. (RECOMENDAR LA DUCHA ANTES DE LA CURACIÓN DE LAS HERIDAS, si aconsejamos movilización).
- Explicar el procedimiento al paciente y familia
- Proporcionar alivio adecuado ante de la cura.
- Colocar al paciente en la posición adecuada y lo más cómodo posible.
- Solicitar la colaboración del paciente.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Lavado de manos y desinfección con solución alcohólica (según protocolo).
- Colocar empapador para proteger la cama.
- Descubrir solo la zona necesaria para la cura.
- Colocar guantes no estériles.
- Retirar el apósito que cubre la herida sin tocarla. Si está pegado, humedecerlo con suero fisiológico.
- Evitar tirar del apósito ya que podría afectar a la sutura o al tejido de cicatrización.
- Retirar y desechar los guantes.
- Examinar la herida (color, dolor, inflamación, exudado, etc).
- Si se observan signos de infección, notificar al médico responsable.
- Abrir el paquete de pinzas estériles.
- Abrir paquetes de gasas y humedecer con suero las necesarias. En el caso de contar con la ayuda de la Auxiliar de Enfermería, se colocara un paño estéril cercano a la herida y se procederá a vaciar las gasas encima y se podrá curar con las manos.
- Colocarse guantes estériles, según protocolo.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Si existe exudado purulento, ejercer presión local sobre la herida, para intentar evacuarlo totalmente.
- Tomar muestra de exudado según protocolo de Microbiología y enviar la muestra para su análisis.
- Limpiar la herida con suero salino mediante terapia Wirlpool (irrigación a presión con jeringa de 20 ml con abocatt de 20G con Iodoformo al 1% sobre la herida).
- Limpiar la herida por arrastre, con la gasa húmeda, mediante aplicaciones en círculo, desde dentro hacia fuera, tratando de no pasar dos veces la gasa por la misma zona. Repetir la limpieza con gasa nueva las veces necesarias para eliminar los restos adheridos.
- Secar la zona con gasa utilizando la misma técnica.
- Aplicación de Povidona Iodada en los bordes de la herida y aplicar tratamiento pautado según características de la herida (algoritmo de heridas crónicas del SAS).
- Dejar secar la zona antes de cubrir con apósito
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Segregar los desechos según protocolo.
- Informar al paciente y/o familiar de la evolución de la herida y recomendar la posible movilización según cada caso.
- Sacar el carro de curas de la habitación para su limpieza y reposición.
- La frecuencia de las curas será pautada por la enfermera según evolución de la herida
- Se comentará diariamente con el médico responsable del paciente.
- Realizar siempre las curas de heridas infectadas, después de las limpias.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Empaquetar las pinzas limpias y secas para enviar a esterilización.
- Lavado de manos y desinfección con solución alcohólica (según protocolo).



PRECAUCIONES

- Evaluar siempre la herida, observando las etapas de cicatrización.
- Explicar al paciente en el inicio de las curas, que las molestias son propias y que él decide el nivel de dolor que tolera. En caso necesario acordar con el médico responsable la posibilidad de administrar analgesia previa.
- Si el paciente es alérgico a los Iodados, y en las Cesáreas, utilizar como antiséptico la Clorhexidina, siempre con las recomendaciones de preventiva (comisión).
- La frecuencia de las curas será pautado según evolución de herida.
- Realizar siempre las curas de heridas infectadas, después de las limpias.



REGISTRO

- Evolución y características de la herida.
- Si aparece exudado, anotar cantidad, olor, color, etc
- Anotar si se ha recogido muestra y la confirmación del envío a Microbiología.
- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Fecha, hora y Enfermera Responsable.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Aparición de signos de infección (calor, enrojecimiento, hipersensibilidad, aparición de exudado, etc).
- Dolor no controlado (revisar pauta de analgesia y administrarla con la suficiente antelación).
- Excesivo sangrado: comprimir durante el tiempo de coagulación normal y avisar si no cede a su médico.



CRITERIOS DE CALIDAD

- (1102) Curación de la herida por primera intención o (1103) Curación de la herida por segunda intención.
- Indicador: (110203), secreción de la herida anotado en escala Liker desde 1 ninguno a 5 extenso.
- Indicador: 20 pacientes GDR de histerectomía. nº de pacientes / nº anotaciones.
- Standard: 90%.



DEFINICIÓN

Conjunto de intervenciones y actividades del personal de enfermería, encaminadas al cuidado y control de los drenajes, que se han colocado para asegurar la salida de líquidos (exudado, sangre, etc) de una herida.



OBJETIVOS

- Vigilar la permeabilidad del sistema de drenaje implantado.
- Evitar posibles complicaciones (infección, arrancamiento involuntario, dehiscencia de sutura, etc).
- Controlar y medir el débito.
- Retirada cuando proceda.
- Favorecer la cicatrización de la herida.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería (en caso necesario).



MATERIAL

- Carro de curas con todo el material, según pauta hoja de enfermería.
- Sistema de vaciado de drenaje.
- Guantes, gasas, solución antiséptica, apósitos, jeringas, aguja etc.
- Material estéril.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Tener todo el material preparado ante de la cura.
- Lavado de manos, según protocolo, antes de quitar apósito.
- Calzar guantes estériles antes de curar, para preparar de material estéril.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Procurar intimidad al paciente.
- Ambiente propicio.
- Explicar el procedimiento al paciente y familia
- Proporcionar alivio adecuado ante de la cura.
- Colocar al paciente en la posición adecuada y lo más cómodo posible.
- Solicitar la colaboración del paciente.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Lavado de manos y desinfección con solución alcohólica (según protocolo).
- Colocar empapador para proteger la cama.
- Descubrir solo la zona necesaria para la cura.
- Colocar guantes no estériles.
- Retirar el apósito que cubre la herida sin tocarla. Si está pegado, humedecerlo con suero fisiológico.
- Evitar tirar del apósito ya que podría afectar a la sutura o al tejido de cicatrización.
- Retirar y desechar los guantes.
- Examinar la herida (color, dolor, inflamación, exudado, etc).
- Si se observan signos de infección, notificar al médico responsable.
- Abrir el paquete de pinzas estériles.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Abrir paquetes de gasas y humedecer con suero las necesarias. En el caso de contar con la ayuda de la Auxiliar de Enfermería, se colocara un paño estéril cercano a la herida y se procederá a vaciar las gasas encima y se podrá curar con las manos.
 - Colocarse guantes estériles, según protocolo.
 - Limpiar la herida por arrastre, con la gasa húmeda, mediante aplicaciones en círculo, desde dentro hacia fuera, tratando de no pasar dos veces la gasa por la misma zona. Repetir la limpieza con gasa nueva las veces necesarias para eliminar los restos de antiséptico y los posibles gérmenes.
 - Secar la zona con gasa utilizando la misma técnica.
 - Aplicación del antiséptico que dejaremos secar antes de cubrir la herida con apósito estéril.
 - Observar sistema de drenaje según su vacío:
 - Ningún vacío.- Por caída libre, conectado a bolsa
 - Bajo vacío.- Con pera de silicona
 - Alto vacío.- Concertina
 - Comprobar el funcionamiento del drenaje, medir la cantidad de débito y vaciar
 - Valorar las características del exudado.
 - Obtener muestra si es preciso.
 - Cortar con tijeras estériles unas gasas desde la mitad de uno de sus bordes hasta el centro y colocarlas alrededor de la salida del sistema de drenaje, fijándola a piel
- Numerando y localizando siempre los distintos dispositivos de drenaje y fijarlos adecuadamente para evitar riesgos.
- Colocar apósito
 - Dejar al paciente en una posición cómoda.
 - Segregar los desechos según protocolo.
 - Informar al paciente y/o familiar de la evolución de la herida y recomendar la posible movilización según cada caso.
 - Sacar el carro de curas de la habitación para su limpieza y reposición.
 - La frecuencia de las curas será pautada por la enfermera según evolución de la herida
 - Realizar siempre las curas de heridas infectadas, después de las limpias.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Empaquetar las pinzas limpias y secas para enviar a esterilización.
- Lavado de manos y desinfección con solución alcohólica (según protocolo).



PRECAUCIONES

- Evaluar siempre la herida, observando las etapas de cicatrización.
- Explicar al paciente en el inicio de las curas, que las molestias son propias y que él decide el nivel de dolor que tolera. En caso necesario acordar con el médico responsable la posibilidad de administrar analgesia previa.
- Si el paciente es alérgico a los iodados, utilizar como antiséptico la Clorhexidina, siempre con las recomendaciones de antisépticos de preventiva (comisión).
- La frecuencia de las curas será según evolución de la herida, exceptuando en caso de manchado del apósito.
- El vaciado del drenaje será según necesidad por la cantidad de exudado.
- La retirada del sistema de drenaje se realizará según la evolución del débito y/o por prescripción del médico responsable, retirando previamente el punto de anclaje de sutura.
- Realizar siempre las curas de heridas infectadas, después de las limpias.

REGISTRO



- Evolución y características de la herida.
- Cantidad y características del débito
- Anotar si se ha recogido muestra y confirmación de su envío a Microbiología
- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Fecha, hora y Enfermera Responsable.

PROBLEMAS POTENCIALES



- Excesivo sangrado: comprimir durante tº de coagulación y avisar si no cede a su médico.
- Dolor no controlado, ver pauta de analgesia y administrar para que durante el procedimiento tenga el mayor nivel de analgesia.
- Infección del contenido, avisar a su médico.

CRITERIOS DE CALIDAD



- Todo drenaje será anotado, individualizado (numerarlos si son varios) y bien fijados. nº de pacientes con GDR ca de mama/ nº de anotaciones en el registro enfermero
- Indicador: 20 pacientes de ca de mama.
- Estándar: 90%.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- NANDA, NIC, NOC.
- Guía para la Prevención de Infecciones Hospitalaria de la Comisión de Infección Hospitalaria y Profilaxis Antibiótica del Hospital de Son Dureta
- Enfermería Clínica 2007, 17(3); 163-164
- Enfermería Clínica 2002, mayo-junio, 12(3); 117-121
- JBI Soluciones, técnicas de presión para la limpieza de heridas, Best Practice 2006; 10(2), 2003;7(2):16
- Martín Hernández, Rosalía. Manejo de la herida qca. Revista Mexicana de enfermería cardiológica 2000; 8(1-4): 53-55.



DEFINICIÓN

Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida infectada.



OBJETIVOS

Reducir el riesgo de infección en la herida quirúrgica.



PERSONAL

- Enfermero/a.
- Auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Carro de curas con todo lo necesario, según esté pautado en la hoja de enfermería.
- Guantes, gasas, solución antiséptica, apósitos, jeringas, agujas, etc...
- Material estéril.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Tener todo el material preparado antes de empezar la cura.
- Lavado de manos según protocolo antes de quitar apósito.
- Calzar los guantes estériles antes de curar para preparar el material estéril.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Crear un ambiente propicio para la curación de la herida.
- Explicar el procedimiento al paciente para que se coloque de forma cómoda.
- Proporcionar alivio adecuado antes de la curación.
- Preparar el campo estéril antes de comenzar.
- Colocar al paciente en posición relajada para empezar la curación.
- Retirar el apósito cobertor de la herida sin tocar la herida.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Reúna el material necesario.
- Colocar al paciente en posición relajada para empezar la curación
- Preparar el campo estéril antes de comenzar con todo lo necesario.
- Retirar el apósito cobertor de la herida sin tocar la herida con guantes desechables.
- Retirar los guantes desechables.
- Calzar los guantes estériles de forma adecuada según protocolo.
- Aplicación de suero fisiológico para limpiar la herida con terapia Wirlpool (Irrigación a presión suero fco en jeringa de 20ml con yodofores al 1% sobre la herida). Si existe exudado purulento ejercer presión local para lograr evacuarlo totalmente.
- Limpiar la herida con suero fisiológico para quitar de la herida los restos adheridos con una gasa diferente, evaluando la herida.
- Dar pinceladas de betadine en el borde de la herida y según estadio/exudado/características de la herida pautar lo que requiera la herida según algoritmo de heridas crónicas del SAS.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Cubrir la herida con un apósito al secarse el betadine.
- Segregar los desechos en el lugar correspondiente(guantes, gasas, etc.,).
- Informar al paciente sobre la evolución de la herida y del término del procedimiento.
- Sacar el carro de la habitación recorriendo las curas de las más limpias a las más sucias.
- Enseñar al paciente las recomendaciones de la movilidad según herida.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Lavado de manos.



PRECAUCIONES

- Evaluar siempre la herida observando las etapas de cicatrización.
- Explicar al principio de las curaciones que las molestias son propias y que el decida el nivel de dolor que quiere pasar, para que su médico lo pauté si lo considera necesario con el paciente.
- Si es alérgico a los iodóforos o es una cesárea, sustituir por clohexidina.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Registrar el volumen y características del contenido del drenaje e indicando las características.
- Si existe algún dato que indique infección local anotarlos en hª.
- ¿Avisar a medicina preventiva?



PROBLEMAS POTENCIALES

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Registrar la evolución de la herida, indicando las características.
- Si existe algún dato que indique, mala evolución de la infección local anotarlos en hª.
- ¿AVISAR A MEDICINA PREVENTIVA?



CRITERIOS DE CALIDAD

- Excesivo sangrado: comprimir durante tº de coagulación y avisar si no cede a su médico.
- Dolor no controlado, ver pauta de analgesia y administrar para que durante el procedimiento tenga el mayor nivel de analgesia.
- Propios de un proceso infeccioso: fiebre, etc..



BIBLIOGRAFÍA

- Martín Hernández, Rosalía. Manejo de la herida qca. Revista Mexicana de enfermería cardiológica 2000; 8(1-4): 53-55.
- Enfermería clínica 2007, 17(3): 163-164.
- Enfermería clínica 2002, mayo-junio, 12(3): 117-121.
- JBI Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas. Best Practice 10(2) 2006.
- McCloskey, Joanne, Bulechek, Gloria. NIC. Cuarta edición.



CRITERIOS DE RESULTADO

- Mejorar la evolución de la herida infectada.



DEFINICIÓN

Manejo del paciente con accesos venosos prolongado mediante catéteres perforados o no y los implantados.



OBJETIVOS

Manejo eficiente de los dispositivos para controlar el riesgo de infección y de manejo de líquidos y medicaciones intravenosas.



PERSONAL

· Enfermero/a.



MATERIAL

Material de las vías venosas: sistemas, tapones, llaves de tres pasos, ...



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Realizar una técnica aséptica estricta al canalizar la vía (ver protocolo canalización de vías).
- Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución, y que no haya daños en el envase.
- Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia).
- Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v., si está indicado.
- Pinchar el envase con el equipo de administración correspondiente.
- Administrar los líquidos i.v. a temperatura ambiente, al menos que se prescriba otra cosa.
- Determinar si el paciente está tomando alguna medicación que sea incompatible con la medicación prescrita.
- Administrar medicamentos i.v., según prescripción, y observar los resultados.
- Vigilar la frecuencia del flujo intravenoso y el sitio de punción intravenosa durante la infusión.
- Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.
- Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación i.v.
- Volver a colocar el sistema i.v., los aparatos o la solución de infusión cada 72 horas, según el protocolo.
- Mantener el apósito limpio y seco.
- Realizar comprobaciones del sitio de punción i.v. regularmente.
- Realizar los cuidados del sitio i.v.
- Vigilar los signos vitales.
- Observar que la cantidad de potasio intravenoso en adultos no exceda 200mEq cada 24 horas, si procede.
- Irrigar las vías intravenosas entre la administración de las soluciones incompatibles.
- Registrar los ingresos y pérdidas, si procede.
- Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión e infecciones locales.
- Documentar la terapia prescrita según protocolo.
- Mantener las precauciones universales de riesgos biológicos.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Debe de estar informado sobre las actividades que realizamos, debiendo informarle su enfermera referente.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

1. Sustitución del catéter:

- EN ADULTOS es preferible sustituir los periféricos cortos y rotar los puntos cada 72 horas para minimizar el riesgo de flebitis. Retirar los catéteres canalizados en situaciones de urgencias, pues no tendrán una técnica aséptica necesaria, antes de las 24 horas.
- No existen estudios para recomendaciones de cambio de catéter de mediana longitud (drum), los mismos criterios de vía central.
- Retirar siempre que el paciente tenga signos de infección, en el punto de punción, o flebitis en el trayecto de la vena de acceso.

2. Cambio del apósito, de equipo y de llave de tres pasos:

- Puede conectarse una alargadera corta y considerarse parte del catéter y cambiarlo con el catéter.
- Cambiar los equipos de sueros con el catéter si es continua la perfusión o a las 72 horas y segregar los sistemas intermitentes tras la administración.
- Reemplazar los equipos de sangre, productos sanguíneos o emulsiones de líquidos como mínimo a las 24 horas tras comenzar la infusión y siempre cada vez que se utilicen.

3. Sustitución de líquidos intravenosos:

- Completar la infusión de líquidos de nutrición parenteral que contienen lípidos en 24 horas desde que comienza la infusión.
- Cuando las emulsiones de lípidos se ponen solas completar la infusión en las 12 horas siguientes.
- No existen recomendaciones para otros líquidos.

4. Soluciones purgantes, anticoagulantes, agentes tópicos y otros aditamentos intravenosos:

- Purgar las llaves y tapones de forma rutinaria con solución continua a menos que se usen para obtener muestras de sangre en cuyo caso deberá utilizarse una solución de heparina diluida(10UI/ml).
- No existen recomendaciones para utilizar vasodilatadores tópicos o antiinflamatorios para reducir el riesgo de infección.
- No aplicar de rutina antimicrobianos en el punto de inserción.

5. Antisepsia cutánea:

- Limpiar la piel con alcohol de 70° antes de la inserción, hasta que se evapore.
- No palpar la zona de inserción tras el antiséptico.

6. Colocación del apósito en el punto de inserción:

- Utilizar el apósito transparente para cubrir el punto de inserción.
- Retirarlo cuando esté húmedo, flojo o sucio. Cambiar mas frecuentemente en pacientes con diáforesis.
- Evitar tocar el punto de inserción al cambiar el apósito.

OBSERVACIONES

Se revisarán las recomendaciones de farmacia diariamente y cuando haya alguna incidencia, sobre los medicamentos a administrar.

- Cuando se administre medicación que sea incompatible con la perfusión IV principal se lavará el catéter con suero fisiológico antes y después de administrarla.
- Se evitará administrar medicación simultánea por la vía que esté pasando:
 - Drogas vasoactivas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina...).
 - Hemoderivados.
 - Nutrición parenteral.
- En pacientes neonatos, lactantes y niños pequeños el volumen del diluyente utilizado oscilará entre 5 cc y 50 cc, dependiendo de su edad y peso, para no producir sobrecargas cardiovasculares.



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar el material utilizado.
- Reflejar los hallazgos relevantes y las infusiones administradas.



PRECAUCIONES

- Evaluar siempre el riesgo de flebitis y manejo de líquidos.



REGISTRO

- Incidencias surgidas durante el procedimiento.
- Registrar la evolución de la posición/ejercicios indicando las características.
- Si existe algún dato que indique un riesgo para el paciente anotarlo en hª enfermera.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Revisar siempre reacciones alérgicas a los medicamentos, o cualquier anomalía que se produzca al administrarlo.
- Se anotarán todas las reacciones y se activarán las alarmas oportunas establecidas.
- Se preguntará habitualmente sobre las percepciones de los pacientes.
- Flebitis, extravasaciones, obstrucciones, salida del catéter, hematomas, bacteriemia, sobrecarga circulatoria, embolia gaseosa.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo paciente ingresado se tendrá anotado en la historia enfermera, el día de canalización de la vía periférica y anotará las medidas implantadas s/ protocolo.
- Indicador: Pacientes ingresados/ nº de historias anotadas.
- Standard: 90%.
- Diez historias aleatorias de ingresos en el hospital.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luís Rodrigo
- NIC
- Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos. Best practice. Actualizado 15-03-07. ISBN: 1329-1874.



CRITERIOS DE RESULTADO

- Estaremos dentro de los estándares EPINE EN FLEBITIS.
- Estudio anual.



DEFINICIÓN

Canalización percutánea de una vena mediante una aguja o catéter que permita acceder a la circulación venosa para la administración de fluidos y medicación o para la extracción de sangre.



OBJETIVOS

- Administración de fluidos, tratamientos y extracción de sangre.
- Evitar complicaciones iatrogénicas en el paciente.
- Disminuir el riesgo de pinchazos accidentales.
- Adaptar el procedimiento a las características individuales del paciente.

ELECCIÓN DE LA ZONA DE PUNCIÓN

- 1.- Por orden de preferencia: mano, antebrazo, flexura, yugular externa y miembros inferiores (excepcionalmente). Evitar zonas de flexión, venas varicosas, trombosadas ni utilizadas previamente.
- 2.- Evitar intentos de punción en la misma zona.
- 3.- Valorar la actividad y habilidad del paciente, eligiendo la zona con menos inconvenientes para la realización de actividades. Elegir el miembro menos utilizado según sea el paciente diestro o zurdo.
- 4.- Tener en cuenta el tipo de solución a administrar y la duración del tratamiento. Se utilizan vías venosas periféricas para tratamientos de menos de 7 días y que no sean flebotóxicos.
- 5.- En caso de flebitis se elegirá en primer lugar el miembro sin flebitis y si ello no es posible, se canalizará en el mismo miembro por encima de la flebitis.
- 6.- En caso de procedimiento quirúrgico, utilizaremos el brazo contrario a la zona que va a ser intervenida.
- 7.- No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar.
- 8.- Tener en cuenta procesos previos como fístulas arterio-venosas, quemaduras, implantación de marcapasos, AVC, etc., en los que emplearemos la extremidad contraria no afectada.

TIPO DE CATÉTER

Las agujas de acero (palomitas) se emplean en situaciones cortas pues, aunque son fáciles de colocar, infiltran rápidamente. Los catéteres sobre aguja en sus distintos materiales, diseños grosores y longitudes. En cuanto a materiales el vial se ablanda en el torrente circulatorio, lo que produce una mayor adaptación, menor roce y, en resumen, más duración. El diseño del catéter nos puede aportar seguridad en el manejo y reducir riesgo de pinchazos accidentales, pero hemos de valorar la facilidad de uso. El grosor del catéter es importante pues cuanto más estrecho y corto sea, menor riesgo de complicaciones mecánicas habrá.



PERSONAL

Enfermera/o.



MATERIAL

- Guantes.
- Batea.
- Esponja jabonosa.
- Torunda impregnada en clorhexidina al 2 %, povidona yodada o alcohol.
- Gasas estériles.
- Compresor (2 cm. de ancho)
- Apósito estéril y transparente de 5 x 9 cm. (sistema Tegaderm® si disponemos del mismo).
- Catéter.
- Conector de seguridad.
- Llave de tres pasos con alargadera.
- Sistema de gotero.
- Solución a perfundir.
- Pie de gotero.
- Depósito de residuos biopeligrosos.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- 1.- Informar al paciente sobre:
 - a. La necesidad de la vía venosa periférica.
 - b. En que va a consistir el procedimiento.
 - c. El tiempo aproximado que va a permanecer canalizada la vía venosa.
 - d. Las posibles sensaciones que experimentará.
 - e. Como puede ayudar en la instauración y en el mantenimiento.
 - f. Los cuidados que deberá mantener.
 - g. Las posibles limitaciones que le supondrá la instauración de la vía.
 - h. Posibles signos y síntomas de flebitis.
- 2.- Atender las dudas que el paciente pueda plantear.
- 3.- Colocarlo en posición adecuada.
- 4.- Preservar la intimidad del paciente.



PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes. (No necesariamente estériles).



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- 1.- Se une el suero, sistema de gotero y llave de tres pasos con alargadera.
- 2.- Purgar el sistema.
- 3.- Indicar en suero habitación del paciente, medicación y dosis (si la lleva) y ritmo de goteo.
- 4.- Colocar el suero en el pie de gotero.
- 5.- Elegir la zona de punción.
- 6.- Limpieza y desinfección de la zona.
- 7.- Punción y canalización de la vena (cuando fracasa el pinchazo, utilizar otro catéter para un segundo intento).
- 8.- Retirar el compresor, conectar el sistema de infusión, comprobar la correcta canalización y ajustar el ritmo de infusión.
- 9.- Fijación del catéter con fecha de colocación en un trozo de cinta adhesiva y recubrir con un trazo de malla elástica (Elastofix®).



PUESTA EN ORDEN

- Recoger, limpiar y ordenar todo el material utilizado.
- Colocar el brazo del paciente en posición cómoda y correcta.
- Lavado de manos.



REGISTRO

- 1.- De acuerdo a los siguientes signos anotaremos en la hoja de registro:
 - Fecha de colocación del catéter.
 - Vía con fluidoterapia: F
 - Vía de uso intermitente: I
 - Revisión del punto de inserción: R
 - Retirada de vía: // ó X
 - Cambio de apósito: A
 - Cambio de vía: V
 - Cambio de sistema: S
- 2.- Anotar cualquier observación.

CANALIZACIÓN DE VÍA CENTRAL PERIFÉRICA



DEFINICIÓN

Introducción de un catéter por vía venosa hasta llegar a vena cava superior y aurícula.



OBJETIVOS

- Disponer de una vena para infundir una dosis de medicamento, aportar soluciones líquidas al organismo, hacer transfusiones sanguíneas, por vía endovenosa, en perfusión continua de forma segura y cómoda para el paciente.
- Mantener permeable la vía venosa y prevenir las complicaciones vasculares.
- Mantener un acceso venoso adecuado para la administración de nutrición parenteral.

ELECCIÓN DE LA ZONA DE PUNCIÓN

Elección de la zona teniendo en cuenta que tolere la velocidad de perfusión sin dificultad, que profunda adecuadamente la medicación prescrita y que sea cómoda para el paciente
Que tolera el calibre adecuado para la técnica y que no comprometa la actividad cotidiana del paciente.



PERSONAL

Enfermera/o y auxiliar de enfermería.



MATERIAL

- Guantes estériles.
- Batea.
- Gasas.
- Esparadrapo.
- Compresor.
- Antiséptico
- Jeringas.
- Pie de gotero.
- Solución a profundir.
- Paños estériles.
- Mascarilla.
- Catéter central.
- Llave de tres pasos.
- Bomba de infusión.
- Depósito de residuos biopeligrosos.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Colocar al paciente en posición adecuada.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Reunir el material necesario.
- Cargar el sistema de goteo con el suero adecuado y purgar el sistema.
- Colocación de guantes estériles.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Colocación de mascarilla
- Colocación del compresor.
- Aplicar antiséptico yodado.
- Póngase los guantes estériles
- Colocación de paños estériles
- Inserción del catéter
- Retirar el compresor.
- Una vez comprobado que está bien canalizado, retire el fijador lentamente e introduzca el catéter.
- Conecte el sistema de goteo al catéter venoso.
- Abra la llave de paso y compruebe la permeabilidad de la vía venosa y su correcta canalización.
- Fije el catéter venoso con seguridad a la piel.
- Aplique solución antiséptica.
- Proteja la bránula con la cubierta rígida fijando la anilla en un extremo y la conexión racord en el otro.
- Cubra la zona de punción mediante gasas estériles u apósito de plástico transparente.
- Regular la velocidad de perfusión.
- Anote en el frasco del suero si tiene algún medicamento y la hora de inicio y finalización del mismo.
- Control radiológico de localización de catéter.



PUESTA EN ORDEN

- Retire todo el material desechado y deposítelo en las bolsas de residuos y en el depósito de residuos biopeligrosos.
- Colocación del brazo del paciente en posición cómoda y correcta.
- Lavado de manos.



REGISTRO

- 1.- De acuerdo a los siguientes signos anotaremos en la hoja de registro:
 - Fecha de colocación del catéter.
 - Vía con fluidoterapia: F
 - Vía de uso intermitente: I
 - Revisión del punto de inserción: R
 - Retirada de vía: // ó X
 - Cambio de apósito: A
 - Cambio de vía: V
 - Cambio de sistema: S
- 2.- Anotar cualquier observación.

CANALIZACIÓN DE VÍA CENTRAL PERIFÉRICA

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA VÍA

- 1.- Asegúrese la perfecta canalización de la vía venosa para evitar infiltrados en tejido celular subcutáneo o muscular.
- 2.- Nunca tratar de reintroducir el fijador de un catéter pues podemos cortar el catéter plástico y provocar un embolismo por cuerpo extraño.
- 3.- Para proceder a la retirada, se ha de cerrar la llave de tres pasos, retirar el apósito, colocar una gasa estéril antiséptica sobre la zona de punción y retirar cuidadosamente el catéter venoso fijando la gasa con esparadrapo o vendaje compresivo suave.
- 4.- Prevenir tromboflebitis, embolismos gaseosos, infecciones locales y/o sistémicas.
- 5.- Prevenir shock evitando la administración excesivamente rápida de soluciones o administración incorrecta de inyección en bolo.
- 6.- Prevenir sobrecargas circulatorias y reacciones alérgicas.
- 7.- Prevenir complicaciones propias del catéter como oclusión, flebitis, infección y sensibilización frente a dicho catéter.
- 8.- Limitar en todo lo posible el número de llaves de tres pasos.
- 9.- Los apósitos se cambiarán cada 96 horas y cuando estén sucios, húmedos o despegados. El punto de inserción se desinfectará con clorhexidina al 2 %, povidona yodada o alcohol.
- 10.- Tanto los sistemas de infusión como las llaves de tres pasos se cambiarán cada 72 horas y/o siempre que estén sucios. En caso de que se estén administrando hemoderivados o emulsiones lipídicas éstos se los sistemas se cambiarán cada 24 horas.
- 11.- Si se administra medicación en bolo se evitará que el tapón de la llave de tres pasos entre en contacto con otras superficies. Si se administra medicación con un sistema de gotero, cuando lo desconectemos del conector, utilizaremos un tapón nuevo para proteger la llave de tres pasos (esto no es necesario si contamos con conector de seguridad).



PROBLEMAS POTENCIALES

- Flebitis.
- Extravasaciones
- Obstrucción.
- Desalojo del catéter.
- Hematoma.
- Infección sistémica.
- Infiltración.
- Sobrecarga circulatoria.
- Embolia gaseosa.
- Reacción alérgica.

4190 PUNCIÓN INTRAVENOSA (CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS CENTRALES)

CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA CENTRAL HASTA UNA CENTRAL

NOTA: En este apartado nos centraremos en la colaboración con el facultativo, que es quién realiza la técnica en nuestro centro hospitalario, y en el mantenimiento de la vía.



DEFINICIÓN

Introducción de un catéter por vía venosa hasta llegar a la vena cava superior y a la aurícula.



OBJETIVOS

- Administrar sustancias terapéuticas, fluidoterapia, sustancias de alta osmolaridad (nutrición parenteral) que necesitan un gran flujo de sangre para ser diluida de inmediato.
- Medir P. V. C.
- Extraer muestras de sangre con fines analíticos.



PERSONAL

Médico y/o enfermera/o.



MATERIAL

- Povidona yodada.
- Guantes estériles.
- Mascarilla, gorro y bata estéril.
- Campos con y sin agujeros.
- Catéteres de diferentes calibres.
- Introdutor, si precisa.
- Anestesia local.
- Jeringas y agujas.
- Gasas estériles.
- Hojas de bisturí, seda con aguja y porta aguja.
- Pinza de disección.
- Apósito estéril.
- Solución a profundir.
- Conexión y llave de tres pasos.
- Soporte de gotero.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Desinfección de la zona con povidona yodada.
- Colaborar con el médico durante la técnica
- Entregar el equipo de perfusión previamente purgado.
- Abra la llave y ajuste el ritmo de goteo.
- Fije el catéter con el apósito estéril a la piel del paciente y anote la fecha.
- Evite el acodamiento del catéter.



REGISTRO

- Registre fecha de realización del procedimiento.
- Del mismo modo se han de registrar fechas de cambio de vía (cada 15 días o según protocolo de la unidad), sistemas (cada 72 horas, excepto los utilizados para transfusiones o emulsiones lipídicas que se cambian cada 24 horas), apósitos (cada dos días si son de gasas o cada 7 días si son transparentes) y revisión del punto de inserción (diario en el caso de apósitos transparentes o cada dos días en caso de apósitos de gasas).
- Anotar cualquier observación.

CANALIZACIÓN DE VÍA ARTERIAL



DEFINICIÓN

Canalización permanente, mediante técnica de seldinger, de la arteria radial.



OBJETIVOS

- Evitar complicaciones derivadas de la punción arterial frecuente.
- Obtener una monitorización invasiva de la presión arterial.



PERSONAL

Enfermero/a o médico.



MATERIAL

- Guantes estériles.
- Mascarillas.
- Gasas estériles.
- Paños estériles
- Povidona yodada
- Jeringas de 2 y 5 mililitros.
- Anestesia local (opcional).
- Set de canalización
- Sutura cutánea
- Presurizador.
- Un suero salino en bolsa de plástico al 0.9 %, heparinizado: 1-2 U.I.
- Transductor de presión, dispositivo de flujo continuo y alargadera.
- Cable de conexión a monitor.
- Monitor con canal disponible para onda arterial.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Se realiza test de Allen para valorar el flujo colateral de la arteria cubital, con el objeto de prevenir posibles accesos isquémicos: Cerrar fuertemente la mano que se explora, a la vez que se presiona sobre las arterias radial y cubital para ocluir las. Una vez que se objetiva palidez de la cara palmar de la mano, se deja de presionar la arteria cubital, observando la velocidad de retorno del color rosáceo, indicador de la reperusión. Se acepta como valor normal un retardo de 7 segundos. Entre 8 y 14 segundos se considera como tiempo límite de reperusión. Si es mayor de 15 segundos, existe un alto riesgo de flujo colateral deficitario.

- 2.- No obstante, se han detectado altos índices de falsos positivos y falsos negativos en esta prueba.
- 3.- Se valorará la perfusión distal de los dedos (temperatura, coloración...) y las características del pulso.
- 4.- Explicar la técnica al paciente si es posible.
- 5.- Colocar la muñeca en dorsiflexión de 45 - 60°, para fijar la arteria radial.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Reunir todo el material.
- Usar técnica estéril: Guantes, mascarillas, bata y paños estériles.
- Valorar el uso de anestésico local.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Si se usa anestésico local, infiltrar a ambos lados de la arteria, evitando hacerlo sobre ésta, ya que dificultaría su palpación durante la inserción.
- Insertar cánula arterial mediante técnica de Seldinger.
- Palpar la arteria con los dedos índice y medio.
- Pinchar con la aguja metálica en un ángulo de 30 – 45 ° sobre el punto de palpación detectado.
- Avanzar la aguja hasta detectar el reflujo de sangre pulsátil. Disminuir la inclinación de la aguja, colocándose casi paralela a la piel y avanzar 1 ó 2 mm más para terminar de canalizar la arteria. Evitar traspasar la pared arterial inferior ya que se produciría una falsa canulación y hematoma severo.
- Si se desea se puede aspirar sangre para confirmar la posición de la aguja.
- Introducir la guía metálica suavemente. Parar ante la más mínima resistencia.
- Una vez introducido 2/3 de la guía, insertar el catéter sobre ésta, penetrando la piel con cuidado y observando que sale el extremo distal de la guía metálica por la parte posterior del catéter.
- Con el catéter completamente introducido en la arteria, retirar la guía y conectar al sistema transductor y de lavado.
- Fijar con seda a piel.
- Realizar la calibración del monitor y comprobar el trazado de la curva arterial.
- Aplicar apósito compresivo.



PUESTA EN ORDEN

- Lavado de manos.
- Recoger, limpiar y ordenar todo el material utilizado.
- Eliminar en los contenedores correspondientes el material desechable utilizado.



REGISTRO

- 1.- De acuerdo a los siguientes signos anotaremos en la hoja de registro:
 - Fecha de colocación del catéter.
 - Vía con fluidoterapia: F
 - Vía de uso intermitente: I
 - Revisión del punto de inserción: R
 - Cambio de vía: V
 - Cambio de sistemas: S
 - Retirada de vía: // .o X
 - Cambio de apósito: A
- 2.- Registrar el cambio de transductores (a las 96 horas), apósitos (cuando esté manchado, húmedo o despegado), sistemas bolsas o soluciones (a las 72 horas). No cambiar el catéter de forma rutinaria.
- 3.- Anotar cualquier observación.



DEFINICIÓN

Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.



OBJETIVOS

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía intravenosa en dosis y horarios indicados con la asepsia adecuada.



PERSONAL

Enfermero/a.



MATERIAL

- Agujas.
- Algodón
- Apósitos.
- Contenedor para material punzante.
- Equipo inyector de suero.
- Esparadrapo.
- Fármacos prescritos.
- Gasas estériles.
- Guantes no estériles u.s.u.
- Jeringas.
- Obturador.
- Registros.
- Solución antiséptica.

EQUIPO

- Batea.
- Compresor.
- Reloj.
- Soporte de suero.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Verificar la orden de la terapia intravenosa.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia).
- Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v., si está indicado.
- Pinchar el envase con el equipo de administración correspondiente.
- Administrar los líquidos i.v. a temperatura ambiente, al menos que se prescriba otra cosa.
- Determinar si el paciente está tomando alguna medicación que sea incompatible con la medicación prescrita.
- Administrar medicamentos i.v., según prescripción, y observar los resultados.
- Vigilar la frecuencia del flujo intravenoso y el sitio de punción intravenosa durante la infusión.
- Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.
- Vigilar los signos vitales.
- Observar que la cantidad de potasio intravenoso en adultos no exceda 200mEq cada 24 horas, si procede.
- Registrar los ingresos y pérdidas, si procede.
- Documentar la terapia prescrita según protocolo.

PROCEDIMIENTO

- Realizar lavado de manos.
- Ver el procedimiento (RT-1).
- Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición cómoda, generalmente en decúbito supino (G – 3).

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN I.V EN BOLO.

a. MEDIANTE INYECCIÓN DIRECTA

- Localizar la zona de punción preferentemente en el área antecubital, escogiendo la vena de mayor calibre.
- Colocar un compresor a 10 ó 15 cm. por encima del sitio de punción.
- Aplicar antiséptico en el lugar de punción y dejar que se seque.
- Atravesar la piel con la aguja conectada a la jeringa formando un ángulo de 30º, con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena aproximadamente 0,6 cm.
- Tirar del embolo de la jeringa y comprobar que fluye sangre hacia la jeringa para verificar que la aguja se encuentra dentro de la vena.
- Retirar el compresor e inyectar el fármaco lentamente (o a la velocidad prescrita).
- Retirar la aguja y aplicar presión en el lugar de punción con una gasa estéril durante al menos 3 minutos.
- Colocar un apósito en el punto de punción.

b. A TRAVÉS DE UNA VÍA CANALIZADA CON PERFUSIÓN CONTINUA

En caso de que exista llave de tres pasos:

- Retirar el tapón y colocarlo sobre una gasa estéril.
- Limpiar la entrada de la llave con antiséptico.
- Insertar la jeringa y girar la llave en la posición correcta para introducir la medicación (interrumpir la entrada de la infusión principal).
- Aspirar con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía.
- Administrar lentamente o a la velocidad prescrita.
- Limpiar el catéter con 2 ó 3 ml de suero fisiológico, que previamente habremos cargado en otra jeringa.
- Girar la llave a su posición inicial, retirar la jeringa y volver a colocar el tapón.

Si no existe llave de tres pasos:

- Limpiar la goma del sistema IV (zona especial para inyección).
- Cerrar el sistema o pinzar el sistema IV principal.
- Pinchar con la aguja en la goma, aspirar para comprobar la permeabilidad de la vía e introducir el medicamento lentamente o a la velocidad prescrita.
- Retirar la aguja y la jeringa.
- Abrir el sistema y ajustar el ritmo de perfusión.

c. A TRAVÉS DE UNA VÍA CANALIZADA, CON OBTURADOR.

El procedimiento difiere del anterior en que:

- Al terminar de administrar la medicación, se procederá a lavar el catéter con 2 ó 3 ml de suero fisiológico o solución heparinizada.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN IV EN PERFUSIÓN INTERMITENTE.

- Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos.
- Perforar el recipiente de la medicación con un equipo de suero.
- En caso de que por esa vía se esté perfundiendo una solución continua, colgar el recipiente del medicamento por encima del nivel de la solución IV principal.
- Seguir los pasos de los procedimientos anteriores hasta conectar el sistema de infusión.
- Administrar la medicación al ritmo prescrito o según las indicaciones del fármaco.
- Retirar el sistema una vez administrada la medicación.
- Ajustar el ritmo de la perfusión principal en caso de que se haya utilizado un sistema en "Y".
- Observar al paciente mientras se le administra la medicación para valorar la aparición de posibles reacciones adversas.
- Vigilar la zona de punción IV durante la administración (si aparece hinchazón brusca interrumpir la medicación)
- Desechar la aguja y la jeringa en el contenedor de objetos punzantes.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en registros de Enfermería.

RECOMENDACIONES

- Realizar una técnica aséptica estricta.
- Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución, y que no haya daños en el envase.
- Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia).
- Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v., si está indicado.
- Pinchar el envase con el equipo de administración correspondiente.
- Administrar los líquidos i.v. a temperatura ambiente, al menos que se prescriba otra cosa.
- Determinar si el paciente está tomando alguna medicación que sea incompatible con la medicación prescrita.
- Administrar medicamentos i.v., según prescripción, y observar los resultados.
- Vigilar la frecuencia del flujo intravenoso y el sitio de punción intravenosa durante la infusión.
- Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.
- Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación i.v.
- Volver a colocar el sistema i.v., los aparatos o la solución de infusión cada 72 horas, según el protocolo.
- Mantener el apósito limpio y seco.
- Realizar comprobaciones del sitio de punción i.v. regularmente.
- Realizar los cuidados del sitio i.v.
- Vigilar los signos vitales.
- Observar que la cantidad de potasio intravenoso en adultos no exceda 200mEq cada 24 horas, si procede.
- Irrigar las vías intravenosas entre la administración de soluciones incompatibles.
- Registrar los ingresos y pérdidas, si procede.
- Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión e infecciones locales.
- Documentar la terapia prescrita según protocolo.
- Mantener las precauciones universales.

RECOMENDACIONES para los catéteres venosos periféricos:

1. Sustitución del catéter:

- EN ADULTOS es preferible sustituir los periféricos cortos y rotar los puntos cada 72 horas para minimizar el riesgo de flebitis. Retirar los catéteres canalizados en situaciones de urgencias, pues no tendrán una técnica aséptica necesaria, antes de las 24 horas.
- No existen estudios para recomendaciones de cambio de catéter de mediana longitud (drum).
- Retirar siempre que el paciente tenga signos de infección, en el punto de punción.

RECOMENDACIONES para los catéteres venosos periféricos:

2. Cambio del apósito, de equipo y de llave de tres pasos:

- Puede conectarse una alargadera corta y considerarse parte del catéter y cambiarlo con el catéter.
- Cambiar los equipos de sueros con el catéter si es continua la perfusión o a las 72 horas y segregarse los sistemas intermitentes tras la administración.
- Reemplazar los equipos de sangre, productos sanguíneos o emulsiones de líquidos como mínimo a las 24 horas tras comenzar la infusión y preferible cada vez que se utilicen.

3. Sustitución de líquidos intravenosos:

- Completar la infusión de líquidos de nutrición parenteral que contienen lípidos en 24 horas desde que comienza la infusión.
- Cuando las emulsiones de lípidos se ponen solas completar la infusión en las 12 horas siguientes.
- No existen recomendaciones para otros líquidos.

4. Soluciones purgantes, anticoagulantes, agentes tópicos y otros aditamentos intravenosos:

- Purgar las llaves y tapones de forma rutinaria con solución continua a menos que se usen para obtener muestras de sangre en cuyo caso deberá utilizarse una solución de heparina diluida (10UI/ml).
- No existen recomendaciones para utilizar vasodilatadores tópicos o antiinflamatorios para reducir el riesgo de infección.
- No aplicar de rutina antimicrobianos en el punto de inserción.

5. Antisepsia cutánea:

- Limpiar la piel con alcohol de 70° antes de la inserción, hasta que se evapore.
- No palpar la zona de inserción tras el antiséptico.

6. Colocación del apósito en el punto de inserción:

- Utilizar el apósito transparente para cubrir el punto de inserción.
- Retirarlo cuando esté húmedo, flojo o sucio. Cambiar más frecuentemente en pacientes con diaforesis.
- Evitar tocar el punto de inserción al cambiar el apósito.

OBSERVACIONES

- Se revisarán las recomendaciones de farmacia diariamente, sobre los medicamentos a administrar.
- Cuando se administre medicación que sea incompatible con la perfusión IV principal se lavará el catéter con suero fisiológico antes y después de administrarla.
- Se evitará administrar medicación simultánea por la vía que esté pasando:
Drogas vasoactivas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina...) / Hemoderivados / Nutrición parenteral.
- En pacientes neonatos, lactantes y niños pequeños el volumen del diluyente utilizado oscilará entre 5 cc y 50 cc, dependiendo de su edad y peso, para no producir sobrecargas cardiovasculares.



PRECAUCIONES

- Revisar siempre reacciones alérgicas a los medicamentos, o cualquier anomalía que se produzca al administrarlo.
- Se anotarán todas las reacciones y se activarán las alarmas oportunas establecidas.
- Se preguntará habitualmente sobre las percepciones de los pacientes.



CRITERIOS DE CALIDAD

1. Todo paciente ingresado se tendrá anotado en la historia enfermera, el día de canalización de la vía periférica.

Indicador: Pacientes ingresados/ nº de historias anotadas.

Standard: 90%.

Diez historias aleatorias de ingresos en el hospital.

2. Estaremos dentro de los estándares EPINE.

Estudio anual.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- NIC.
- Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos. Best practice. Actualizado 15-03-07. ISBN: 1329-1874.



DEFINICIÓN

Obtención de una muestra de sangre de una arteria sin canalizar.



OBJETIVOS

Extraer al paciente sangre arterial para conocer los valores de intercambio gaseoso en la ventilación y su equilibrio ácido – base.



MATERIAL

- Antiséptico yodado.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Jeringa de Gasometría.
- Registros de Enfermería.
- Toallitas de celulosa.
- Batea.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Colocar al paciente en la posición adecuada para poder abordar la arteria.
5. Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio. Realizar el test de Allen en caso de elegir la arteria radial.
6. Desinfectar la piel con una gasa empapada en antiséptico yodado.
7. Colocarse los guantes
8. Eliminar el aire y la heparina de la jeringa.
9. Colocar la mano en hiperextensión ayudándose del borde de la cama o de un rodillo.
10. Puncionar la arteria distalmente a los dedos con un ángulo de 30 a 45° hacia la mano del paciente.
11. Dejar que entre en la jeringuilla de 1- 2 ml de sangre. Retirar rápidamente la aguja y mantener una presión firme en el lugar de la punción durante 5 minutos.
12. Dejar una gasa sobre el lugar de la punción y fijarla con esparadrapo ejerciendo una ligera presión.
13. Eliminar las burbujas de aire que puedan quedar en el interior de la jeringa. Cerrar y etiquetar.
14. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
15. Recoger el material
16. Retirarse los guantes
17. Realizar lavado de manos.
18. Procesar inmediatamente la muestra. Si no fuera posible, mantenerla en hielo.
19. Anotar en registros de Enfermería. Si el paciente tuviera O₂, anotar el flujo.

OBSERVACIONES

- En caso de elegir la arteria radial o femoral, pinchar entre los dedos índice o medio.
- En pacientes sometidos a tratamiento. anticoagulante o con trastornos de coagulación, se les mantendrá la presión durante al menos 10 minutos. Cubrir el lugar de la punción con un vendaje.

TEST DE ALLEN

Objetivo:

Evaluar el suministro sanguíneo de las arterias colaterales de la arteria radial.

Para hacerlo debemos seguir los siguientes pasos:

1. Hacer que el enfermo cierre el puño mientras se ocluyen las arterias radial y cubital
2. Hacer que el enfermo abra su mano
3. Dejar de comprimir la arteria cubital
4. El color debe volver a la mano del enfermo en 15 seg.
5. En caso contrario elija otro sitio para realizar la punción arterial.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

1. Fasciani, L. Medición de gases en sangre arterial. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 1319-1324.
2. Wilson, S. F.; Thompson, J. M. Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona. 1993. Pág. 41-43.
3. Krentz, K.. Muestras de sangre arterial. En: Mancini, M. E. Procedimientos de urgencia en Enfermería. Edika-Med. S.A. 1991. Pág 173-177.
4. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 88-89.
5. Martín Agudo, M.; Sierra Quesada, J. M. Drenaje arterial. En: Beltrán Chacón, A.; Ponce Blandón, J. A.. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Vol. IV. Materia Especifica. Ed. Ceditán/Algaida. S. A. Sevilla. 1998. Pág. 464-465.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 69.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 35,36.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 135,136.
9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 538-552.



DEFINICIÓN

Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular periférico permanente para pruebas de laboratorio.



OBJETIVOS

Obtener muestras de sangre venosa del paciente de forma aséptica para determinaciones diagnósticas.



PERSONAL

Enfermera/o.



MATERIAL

- Batea para transporte.
- Compresor o torniquete.
- Etiquetas de identificación.
- Gasas estériles.
- Guantes no estériles
- Impresos de petición de analítica.
- Botes de transporte de la analítica.
- Método con jeringa:
 - Jeringas de 5 ml para desechar,
 - Otra jeringa de capacidad necesaria para la analítica.
 - Jeringa con 2 ml de suero fco si no tiene perfusión de soluciones intravenosas, para lavar la vía periférica.
- Alcohol de 70° impregnado en una gasa si las conexiones se manchan de sangre.
- Tubos (tipo y cantidad adecuada según pruebas pedidas).
- El catéter debe ser mayor o igual a 20 gauges (G) de calibre interno.

ACTIVIDADES

1. Comprobar las condiciones necesarias antes de la toma de la muestra sanguínea, según normas del laboratorio (Por ejemplo: ayunas, picos máximos y mínimos de un fármaco, etc.).
2. Verificar la orden médica y comprobar que coincida con los impresos de petición de analítica.
3. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
4. Preparar todo el material (llevar siempre más jeringas de las necesarias) y trasladarlo al lado del paciente.
5. Identificar al paciente.
6. Informar al paciente.
7. Preservar la intimidad del paciente.
8. Colocar al paciente en posición adecuada con el brazo en extensión (el paciente no debe estar de pie).
9. Colocar el compresor de 7 a 10 cm. por encima de la zona de la vía periférica elegida, siempre por encima de la flexura del codo).
10. Montar lo necesario y ponerse guantes.
11. Parar cualquier infusión i.v. que pueda contaminar la muestra de sangre, cerrando el clamp del sistema de suero, si existiese.
- 12.-Conectar una jeringa, a la conexión de acceso a la vía periférica; abrir la vía al paciente ajustando la llave de cierre de tres pasos.
- 13.-Aspirar suavemente la sangre en la jeringa desechando la primera cantidad que en el caso de una vía periférica es de 5ml, cambiar de jeringa y continuar aspirando suavemente con la nueva jeringa la cantidad necesaria para las pruebas de laboratorio prescritas y según los protocolos del laboratorio en cantidad y el tubo necesario; recoger así toda la sangre necesaria para las pruebas de laboratorio.

ACTIVIDADES

- 14.-Quitar el torniquete, si se ha aplicado e introducir 2 ml de suero fisiológico por la conexión.
- 15.- Limpiar la conexión y el catéter con la solución alcohólica adecuadamente si se ha manchado al extraer la sangre. Prevenir que se introduzcan burbujas de aire o coágulos en la línea.
- 16.-Colocar un tapón limpio en la conexión de acceso y reanudar las infusiones que se hayan interrumpido.
- 17.-Llenar tubos de muestras de la jeringa a los tubos de forma segura y de la manera adecuada (p. ej., último tubo heparinizado).
- 18.-Etiquetar y empaquetar las muestras según las normas del laboratorio y enviar al laboratorio indicado.
- 19.-Segregar adecuadamente todos los utensilios utilizados en el contenedor adecuado, si procede.
- 20.- Recoger y ordenar todo lo utilizado.

Catéter periférico

Siempre, con calibre igual o mayor a 20G. Podría ser de elección si se tiene uno central por el que se están profundiendo drogas vasoactivas.

- Dificultad en la extracción.
- Perfüción continua de heparina sódica y determinación de TTPA.
- Calibre inferior a 20G.
- Cuando se requiera sangre arterial.

- Suspende perfusión, desechar 5ml, con otra jeringa extraer cantidad necesaria.
- Limpiar con 2ml de suero para evitar adherencia de sangre en la luz del catéter.



PRECAUCIONES

- No extrae sangre si el calibre es menor de 20g.
- Si existe perfusión de heparina no sacar determinaciones de coagulación.
- No realizar mucha aspiración pues se produce hemólisis.
- Cerrar la llave de tres pasos al cambiar las jeringas.
- No utilizar con drogas vasoactivas.



CRITERIOS DE CALIDAD

Toda analítica pedida con paciente con vía canalizada de calibre $\geq 20G$, si existiese una complicación, se comunicaría como efecto adverso a la técnica a la supervisión, para realizar un AMFE.

Indicador: Nº Pacientes con vía $>20g$ con analíticas sacadas de la vía periférica con efectos adversos/ Técnica AMFE realizada.

Estándar: 90%.

Auditoría: documentación en poder de la supervisión.

BIBLIOGRAFÍA



- NIC
- La punción repetida para extracción de muestra sanguínea en pacientes con catéter venoso central y determinados periféricos es innecesaria. Teresa Monasterio-Huelin y Macià . Evidentia 2006 ene-feb; 3(7)



DEFINICIÓN

Extracción de una muestra sanguínea de una vena sin canalizar con fines analíticos.



OBJETIVOS

Realizar el procedimiento de forma eficaz, teniendo en cuenta las necesidades del usuario y evitando los riesgos derivados del mismo.



PERSONAL

Enfermera/o



MATERIAL

- Gasas estériles
- Batea
- Povidona yodada o alcohol isopropílico al 70% si es alérgico al yodo.
- Guantes desechables
- Compresor
- Campana de extracción de sangre al vacío y agujas o palometa para este dispositivo (Buscar denominación adecuada)
- Tubos de extracción (Según la determinación)
- Etiqueta con código de identificación
- Gradilla para el transporte de la muestra
- Volante de petición
- Tiritas.
- Contenedor de residuos punzantes.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Minimizar la ansiedad del paciente explicando el procedimiento y razones de la extracción, si procede.
- Crear un ambiente de intimidad.
- Colóquelo en posición adecuada.
- En caso de usuarios no colaboradores será necesaria la inmovilización de los mismos para preservar su seguridad y la correcta realización de la técnica.
- En caso de niños se seguirán las recomendaciones de preparación que se adjuntan en anexo.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos
- Colocación de guantes.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Revise la orden médica de la extracción de sangre
- Verifique la correcta identificación del paciente
- Seleccione los tubos adecuados según las determinaciones solicitadas.
- Identifique los tubos de extracción y el volante con los códigos de barra según las normas del protocolo de recogida de muestras.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Seleccione la vena, teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, accesibilidad y condición de los vasos sanguíneos.
- Realice una técnica aséptica estricta.
- Adopte las precauciones universales.
- Solicite al paciente (en la medida de sus posibilidades) que permanezca quieto durante la venopunción.
- Coloque el compresor unos 20 cms por encima de la vena elegida.
- Promueva la distensión del vaso sanguíneo:
 - Abrir y cerrar puño varias veces y luego mantener cerrado.
 - Descender la extremidad por debajo del corazón.
 - Se puede aumentar la ingurgitación venosa dando suaves golpecitos sobre la zona a puncionar.
- Desinfecte la zona con la solución adecuada mediante un movimiento circular comenzando en el punto de la venopunción de dentro hacia fuera. Esperar al secado del antiséptico.
- Inmovilice la vena elegida con el pulgar y estire la piel inmediatamente por debajo del lugar, antes de introducir la aguja.
- Introduzca la aguja con el bisel hacia arriba, formando un ángulo de 20° a 30° en dirección del retorno sanguíneo venoso.
- Observe si se produce retorno venoso en el sistema de venopunción.
- Obtenga la muestra de sangre introduciendo los tubos de extracción por vacío en la campana, según el orden establecido en el protocolo de extracción de muestras.
- Retire el compresor.
- Extraiga la aguja y presione con gasas estériles y secas la zona de punción hasta que se detenga la hemorragia.
- Coloque una tiritita.
- Asegure el traslado correcto de las muestras al laboratorio en la mayor brevedad posible.



PUESTA EN ORDEN

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Coloque todos los objetos afilados (aguja) en el contenedor de residuos a tal efecto.
- Compruebe que el paciente se siente cómodo y tiene la información necesaria.
- Lávese las manos.



PRECAUCIONES

- No utilice la misma vena donde se está prefundiendo sueroterapia, ni próximas a ella.
- Evite éxtasis prolongados.
- Evite los movimientos de la aguja una vez introducida en la piel.
- Cambie la aguja si es preciso repetir la punción.
- En pacientes con tratamientos anticoagulante la presión de la zona de punción será más prolongada.
- La utilización prolongada del compresor produce hemoconcentración.
- No comience la extracción por vacío con tubos de EDTA o coagulación seguir las instrucciones del protocolo.



REGISTRO

Anote fecha de realización de la técnica en el registro del paciente, así como las determinaciones solicitadas y si hubiese observaciones.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Hematoma.
- Lesión de un nervio.
- Infección local o sistémica.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Utilización de medidas de precaución universal
- Correcta identificación y etiquetado
- Concordancia entre las determinaciones solicitadas y los tubos de muestra extraídos.
- Utilización del sistema con cámara de vacío
- Información adecuada al paciente
- Intimidación
- Complicaciones inmediatas

123
ABC

BIBLIOGRAFÍA

- Clasificación De Intervenciones de enfermería (NIC) Tercera edición. Joanne C. McCloskey; Gloria M.Bulechek. Harcourt/Mosby
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003423.htm#Definici%C3%B3n>
- <http://medlineplus.gov/spanish/>



DEFINICIÓN

Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente.



OBJETIVOS

Modificar las expectativas y consecuencias conductuales, si es necesario, para acomodar los cambios razonables de la situación del paciente.



PERSONAL

El intermediador será la persona del equipo que mejor relación personal tenga con el paciente en el establecimiento de los límites.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.
- Identificar (con la participación del paciente, cuando corresponda) la conducta indeseable del paciente.
- Discutir con el paciente, cuando proceda, cuál es la conducta deseable en cada situación.
- Establecer expectativas razonables de la conducta del paciente, en función de la situación y del paciente.
- Establecer consecuencias (con la participación del paciente, cuando corresponda) de aparición/ausencia de conductas deseadas.
- Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas para el paciente en un lenguaje que sea fácilmente comprensible y no punitivo.
- Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas con otros cuidadores del paciente.
- Abstenerse de discutir o regatear acerca de las expectativas y consecuencias conductuales con el paciente.
- Ayudar al paciente, cuando sea necesario y adecuado, a mostrar conductas deseadas.
- Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.
- Poner en marcha las consecuencias establecidas para la aparición/ausencia de las conductas deseadas.
- Disminuir el establecimiento de límites, a medida que el paciente se aproxima a las conductas deseadas.
- La forma que se ha encontrado más útil para establecer los límites es por medio de pactos. Éstos nos hablan de consideración hacia los pacientes, de participación en las decisiones; fomentan la independencia, la responsabilidad, la autoestima y estimulan a los pacientes a poner su energía en resolver los problemas. Además, con los pactos se evitan, en gran medida, los recordatorios continuos y las interpretaciones de los profesionales para que los pacientes se impliquen en su régimen terapéutico.
- Cuando se vaya a hacer un pacto la actitud de los profesionales será de confianza y de esperar lo mejor de los pacientes. Es muy importante que las personas que intervengan estén tranquilas, por tanto, no será acertado plantear un pacto inmediatamente después de que haya habido un incidente y los intervinientes estén alterados,
- A los profesionales les corresponde saber dónde está el límite de lo que se va a pactar. Por ejemplo, si el reto es las visitas, se acordará antes entre todos los profesionales antes de negociar con el paciente.
- Los profesionales necesitan informar a su paciente de la existencia del problema que intentan resolver, pues si no es consciente del mismo no colaborará en su solución, ¿cómo lo ves tú? En caso de que diga que está bien así, le daremos más información hasta que perciba que necesita tener conciencia del problema.
- Una vez que asuma la existencia del problema, se regulará, de la forma más precisa posible, cómo y cuándo lo solucionará y la frecuencia; además se establecerán una o varias formas de relación por si hay incumplimiento. Da buenos resultados que éstas sean sugeridas por el paciente.
- Conviene hacer hincapié en que las formas de pago no son un castigo, sino algo acordado entre los profesionales y los pacientes orientado a que éste aprenda a resolver algunos problemas.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Cumplir lo acordado resulta fundamental para el éxito del pacto, para lo cual se requiere: firmeza (distinto de severidad) y distinguir al paciente, de su conducta y que es el único que puede cambiarla.
- El responsable de la atención es el paciente y sus necesidades, no nuestra interpretación de sus conductas, se establecerán límites cuando la conducta no sea acorde con el proceso asistencial por el que ingresa, o con las normas de funcionamiento interno del Hospital.



CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio: Cuando exista una diferencia entre la conducta esperada del paciente y la percibida por el personal de enfermería se establecerán límites y la supervisora nombrará un intermediario para la negociación.

Indicador: La supervisora llevará un registro del establecimiento de límites.

Standard: anotación.

Auditoría: documentación de la supervisión.



BIBLIOGRAFÍA

- NIC.
- Armstrong, Judith. Establecer los límites en la relación enfermera/paciente. Nursing -Ed esp-1996 nov 14(9):22-25 ISBN/ISSN: 0212-5382
- DeLaune, Sue C. Clin. Enferm. de Norteamérica 1991;3:783-791 ISBN/ISSN: 0029-6465



DEFINICIÓN

Colaborar con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos terapéuticos.



OBJETIVOS

Establecer un plan de cuidados donde participe el paciente.



PERSONAL

Enfermera/o



MATERIAL

Entrevista clínica.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Enfermera referente.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Debe de estar informado sobre las actividades que realizamos, y haber pactado con los objetivos a conseguir.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Animar a identificar los valores y creencias que positivizan las decisiones.
- Ayudar a identificar al paciente/cuidador a alcanzar objetivos reales alcanzables.
- Que el paciente identifique su problema y vea adecuada la solución.
- Realizar objetivos pequeños intermedios para lograrlos.
- Objetivos siempre positivos.
- Desglosar los objetivos en pasos pequeños.
- Animar a conseguirlos sin alternativas.
- Ayudar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.
- Fijar límites realistas.
- Ayudar al paciente a centrarse en lo pactado y no en los deseados.
- Poner claro los papeles del paciente y cuidador.
- No poner valores personales en los objetivos.
- Explicar que solo tiene que cambiar los comportamientos de uno en uno, y no sus valores y persona.
- Volver a valorar los objetivos y el plan según lo pactado, si procede.



PUESTA EN ORDEN

Recoger los objetivos a conseguir.



PRECAUCIONES

Que el paciente acepte los objetivos y lo verbalize.



REGISTRO

Identificar .



PROBLEMAS POTENCIALES

Objetivos no realistas.
Incapacidad para cambios del estilo de vida.



CRITERIOS DE CALIDAD

1. Pacientes ingresados con diagnóstico DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN.
Diez historias aleatorias de ingresos en el hospital en GDR EPOC.
Indicador: nº historias con dco/nº de objetivos conseguidos.
Standard: 20%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Todo diagnóstico de DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN, llevará establecimiento de objetivos comunes.

4420 ACUERDO CON EL PACIENTE



DEFINICIÓN

Negociación de un acuerdo con el paciente para favorecer un cambio de conducta específico.



OBJETIVOS

Acordar con el paciente una conducta generadora de hábitos saludables.



PERSONAL

Enfermera/o



MATERIAL

Entrevista clínica.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Enfermera referente.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Debe de estar informado sobre las conductas generadoras de hábitos y que esté de acuerdo explicitado.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Animar a identificar los valores y creencias que positivizan las decisiones.
- Determinar la capacidad mental y cognitiva del paciente, para poder acordar.
- Identificar las prácticas sobre la salud a cambiar y los hábitos adecuados
- Ayudar a identificar al paciente/cuidador a alcanzar objetivos reales alcanzables.
- Que el paciente identifique sus propios cambios y los exprese.
- Realizar objetivos pequeños intermedios para lograrlos y diferenciar a corto y largo plazo.
- Objetivos siempre positivos.
- Desglosar los objetivos en pasos pequeños.
- Animar a conseguirlos y examinar los recursos disponibles.
- Ayudar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.
- Fijar cambios de hábitos realistas.
- Ayudar al paciente a centrarse en lo pactado y no en los deseados.
- Poner claro los papeles del paciente y cuidador.
- No poner valores personales en los objetivos.
- Explicar que solo tiene que cambiar los comportamientos de uno en uno, y no sus valores y persona.
- Volver a valorar los cambios y el plan según lo pactado, si procede.



PUESTA EN ORDEN

Recoger las conductas a conseguir.



PRECAUCIONES

Que el paciente acepte los objetivos y lo verbalice.



REGISTRO

Identificar en una escala de liker lo conseguido.



PROBLEMAS POTENCIALES

Objetivos no realistas, experiencias negativas de no acuerdo.



CRITERIOS DE CALIDAD

1.-Pacientes ingresados con diagnóstico de Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT).
Diez historias aleatorias de reingresos en el hospital en GDR insuficiencia cardíaca.
Indicador: nº historias con diagnóstico (MIRT)/nº de acuerdos registrados.
Standard: 20%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. M^a Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Todo diagnóstico MIRT, llevará obligatorio el acuerdo con el paciente de cambios en alguna conducta generadora de salud.

4490 AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR



DEFINICIÓN

Ayudar al paciente para dejar de fumar.



OBJETIVOS

Determinar la fase donde se encuentra el paciente para dejar de fumar.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Entrevista clínica.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Todo el personal debe conocer las fases para dejar de fumar, según método de Prochascka.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente debe ser consciente que fumar es una conducta no saludable y que genera enfermedades.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Screening de uso del tabaco: preguntar si es fumador o no fumador.
- Todo fumador debe tener consejo sanitario para dejar de fumar.
- Consejo individual para promover el abandono del hábito tabáquico.
- Determinar en que fase de Prochascka se encuentra para dejar de fumar.
- Siempre aconsejar dejar de fumar.
- Apoyo individual en pacientes que elijan programa de autoayuda si hay recursos (consulta del tabaco).
- Los parches como parte de la terapia de sustitución de la nicotina (TSN) son más efectivos en el ámbito hospitalario y debe restringirse su uso a las horas de vigilia y debe acompañarse de consejos para el proceso de deshabitación.
- Ayudar a identificar las razones del paciente para dejar de fumar, y deben evaluarse las creencias, y ver sus motivaciones.
- Los síntomas de dejar de fumar son temporales.
- Informar de los recursos del sistema para dejar de fumar según la fase donde se encuentra.
- Realizar siempre la intervención mínima antitabaco.
- Elegir el método para dejar de fumar, cuando lo decida.
- Actuar de acuerdo al Plan Integral del Tabaquismo Andaluz (PITA),
- Ayudar siempre para dejar de fumar.
- No promover otras conductas restrictivas a la vez (dietas, otras abstinencias,...)



PUESTA EN ORDEN

Registrar siempre el historial de fumador.



PRECAUCIONES

Evitar intentos que no consigan objetivos de dejar de fumar.



REGISTRO

Identificar a los fumadores como hábitos nocivos.



PROBLEMAS POTENCIALES

Objetivos no realistas, experiencias negativas de acuerdo.



CRITERIOS DE CALIDAD

1. Identificación de pacientes ingresados fumadores.
Indicador: nº de pacientes fumadores identificados según PITA.
Diez historias aleatorias de fumadores con patología respiratoria
Standard: 80%



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. M^a Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.
- PITA.
- Intervenciones y estrategias para dejar de fumar. ISSN: 1329-1874. Actualizado 20-04-07.



CRITERIOS DE RESULTADO

Todo paciente fumador recibirá la intervención mínima antitabaco.



DEFINICIÓN

Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.



OBJETIVOS

Establecer interacción con el paciente.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Entrevista clínica.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Tiempo para escuchar, no oír.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente debe notar nuestra actitud.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer preguntas y utilizar frases que animen a expresar los pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Centrarse en la interacción y no en valores o presunciones y distracciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad por sus emociones y expresiones.
- Especial interés a las manifestaciones no verbales.
- Escuchar por si hay sentimientos no expresados.
- Estar atento a la voz: pausas, tono, inflexión,...
- Verificar la comprensión del mensaje con preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras: OFRECER SOLUCIONES FÁCILES, INTERRUMPIR, HABLAR DE NOSOTROS MISMOS, TERMINAR ANTES QUE EL PACIENTE.
- Utilizar el silencio/escucha para que el paciente exprese sus sentimientos, pensamientos y preocupaciones y no de nuestra interpretación.



PUESTA EN ORDEN

Registrar en HISTORIA la intervención de ESCUCHA ACTIVA.



PRECAUCIONES

El tiempo es limitado, por lo que hay que planificar la escucha.



REGISTRO

En historia de enfermería.



PROBLEMAS POTENCIALES

Objetivos no realistas, experiencias negativas de acuerdo.



CRITERIOS DE CALIDAD

Todo paciente en consulta enfermera de oncología se utilizará esta intervención.
Indicador: N° pacientes en consulta de oncología/ n° de intervenciones en estos pacientes.
Método: 10 pacientes en consulta de enfermería, en historia.
Standard: 90%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

- Las personas en consulta enfermera sentirán que se les escucha.
- Se pasará una encuesta de satisfacción aleatoria donde conste este ítem.



DEFINICIÓN

Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.



OBJETIVOS

Verbalizar una percepción más realista de su imagen corporal.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Explorar antes de iniciar la intervención las conductas de evitación, visión alterada de la estructura o aspecto, y la idea que de su propio cuerpo tenga la persona. Objetivas y subjetivas.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Sentimientos ante nuestra intervención, y participación activa en la intervención.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.
- Utilizar una guía previsoras en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.
- Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea parálisis disfuncional social en adolescentes y otros grupos de alto riesgo.
- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía, si procede.
- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.
- Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.
- Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual.
- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la pubertad, si resulta oportuno.
- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por un embarazo normal, si procede.
- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por el envejecimiento, si procede.
- Enseñar al paciente los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento, si procede.
- Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.
- Señalar la importancia de la cultura, religión, raza, género, y edad del paciente en la imagen corporal.
- Observar la frecuencia de la imagen de las frases de autocritica.
- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.
- Observar si hay frases que identifican las percepciones de imagen corporal que tienen que ver con la forma y el peso corporal.
- Utilizar dibujos de sí mismo como mecanismo de evaluación de las percepciones de la imagen corporal de un niño.
- Instruir a los niños acerca de las funciones de las diversas partes corporales, si procede.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
- Identificar las estrategias de adaptación utilizadas por los padres en respuesta a los cambios corporales del niño y la futura adaptación, si procede.
- Ayudar a los padres a identificar sentimientos previos a la intervención con el niño, si procede.
- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.
- Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.
- Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas o cosméticos, si procede.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
- Ayudar al paciente hospitalizado a aplicarse cosméticos antes de recibir visitas, si procede.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
- Ayudar al paciente con riesgo de padecer anorexia o bulimia a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.
- Utilizar ejercicios de revelación propia con grupos de adolescentes u otros grupos en desarrollo acerca de los atributos físicos normales.



CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio: Toda persona con trastorno de la imagen corporal deberá tener potenciación de la imagen corporal.

Indicador: nº de personas con trastorno de la imagen corporal/nº intervenciones dentro de un plan pautado.

Standard: 90%.

Auditoría.: 10 historias con GDR- Trastornos de la alimentación.



BIBLIOGRAFÍA

- NIC.
- Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica. Mª Teresa Luís Rodrigo. 2ª EDICIÓN. ISBN: 84-458-1218-1
- Esta intervención queda abierta a la revisión de los enfermeros de la C.T. del Vázquez Díaz.



DEFINICIÓN

Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas que interpretan e interfieren en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria, producidos en el hospital por los cambios de salud.



OBJETIVOS

Mejorar la adaptación a las nuevas situaciones de salud.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Entrevista clínica.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Tiempo para entrevista.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente debe haber cambiado su forma de afrontar o expresar sus dificultades. Verificar que antes afrontaba adecuadamente o no sufría esa desadaptación.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente.
- Valorar siempre el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Valorar el impacto de la situación de salud del paciente en los papeles y roles personales y relacionales.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de su enfermedad.
- Valorar y discutir las alternativas a la situación.
- Siempre enfoque sereno.
- Ayudar a una valoración objetiva de la situación de salud.
- Proporcionar información objetiva del proceso.
- Proporcionar elecciones realistas sobre cuidados.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Tratar de comprender el punto de vista del paciente.
- Desalentar la toma de decisiones en situaciones de estrés.
- Fomentar actividades sociales, familiares y comunitarias.
- Animar a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Valorar las necesidades de apoyo social.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Determinar siempre el riesgo de autolesión.
- Ayudar a identificar las estrategias positivas para asumir sus limitaciones y a manejar su estilo de vida nuevo o su papel nuevo.
- Ayudar a resolver los problemas de forma constructiva y positiva.
- Ayudar a que exprese sus pérdidas y/o discapacidad crónicas, para buscar comportamientos más adecuados.
- Reconocer las experiencias espirituales/culturales del paciente en anteriores situaciones de cambios de salud.
- Alentar la manifestaciones de sentimientos, miedos, y al uso de sus recursos espirituales.



PUESTA EN ORDEN

Registrar en la historia en procesos con mal afrontamiento, el riesgo de lesión.



PRECAUCIONES

- Retroalimentación con el paciente de que tiene factores estresantes reconocidos por el paciente, el paciente nos tiene que expresar el estrés sufrido.
- Riesgo de autolesión.



REGISTRO

En historia de enfermería.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de la realidad del paciente/cuidadora.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo paciente con intervención de aumentar el afrontamiento tiene que tener valorado el riesgo de autolesión por verbalización del paciente.
- Indicador: pacientes con GDR cáncer de colon/nº de valoración de riesgo de autolesión.
- Método: 10 pacientes con GDR cáncer de colon.
- Standard: 20%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. M^a Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

- Se aumentará el afrontamiento de los pacientes que verbalicen dificultades.
- Se avisará al médico si existe riesgo de autolesión y se derivará a psiquiatría si procede.



DEFINICIÓN

Utilización de un proceso de ayuda interpersonal-interactivo centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.



OBJETIVOS

Utilizar el proceso para darle recursos para resolver sus dudas.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Entrevista semiestructurada con el paciente con tiempo suficiente, no iniciar si no hay tiempo para pararnos a escuchar activamente, NUESTRA LABOR ES FACILITAR: conocimientos, técnicas, habilidades, materiales,... Tener establecida de antes una relación terapéutica con el paciente basada en la confianza y el respeto, por lo que será la enfermera referente la encargada de asesorar al paciente del que es referente, aunque la necesidad sea detectada por otra enfermera, y si la relación es terapéutica, cambiar la asignación con empatía y con mensajes positivos.
Demostrarle al paciente que estamos junto a él, con calidez y auténticos, asegurando en todo momento la confidencialidad.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Establecer un tiempo mínimo y máximo de estas relaciones en el tiempo, de aproximadamente 5-10 minutos.
- Establecer metas en función de los temas desarrollados y favoreciendo la expresión de los sentimientos.
- Ayudar a identificar la dificultad o la causa del problema, haciendo reflexionar y aclarando las expresiones de las dificultades.
- Identificar las diferencias de puntos de vista entre paciente y cuidadores.
- Determinar como afecta al paciente el comportamiento familiar.
- Verbalizar si existiera diferencia entre sentimientos y conducta del paciente.
- Utilizar herramientas que evidencien la valoración: test, incidencias,...
- Reforzar los puntos fuertes del paciente.
- Fomentar sustituir hábitos deseados en salud, por indeseados.
- Desaconsejar la toma de decisiones si se encuentra bajo un fuerte estrés y realizar una descarga emocional.
- Realizar intervenciones cognitivas: intentar que el paciente/familia interprete lo más objetivamente posible la situación y busque soluciones a los problemas de salud que le son planteados, en términos de salud.
- Realizar intervenciones a nivel fisiológico: para disminuir la respuesta al estrés cuando cree amenazadora la situación de salud.
- Realizar intervenciones a nivel motor: es probable que las personas se bloqueen o que actúen de forma desorganizada-descontrolada, proponer que describan la situación, escriban un listado de alternativas, que valoren cada alternativa en términos de salud, que tomen una decisión, que actúen en consecuencia y que evalúen la actuación.
- Utilizar el modelo P.R.E.C.E.D.E. para intervenir en los cambios de conducta necesarios para que el asesoramiento sea lo más exitoso posible.

CRITERIOS DE RESULTADO



El verbaliza la comprensión del asesoramiento, y el paciente decidirá conseguir los objetivos de salud que se propone.

BIBLIOGRAFÍA

123
ABC

- NIC.
- El counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. Bimbela Pedrola, José Luis; Anales Sistema Sanitario de Navarra, 2001. Vol.24, suplemento 2.



DEFINICIÓN

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.



OBJETIVOS

Disminuir la respuesta emocional asociada a la tensión.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Entrevista emocional.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Tiempo para el reconocimiento de la respuesta emocional y el apoyo.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente debe verbalizar la necesidad de apoyo emocional.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente.
- Comentar la experiencia con el paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados y respuesta al miedo.
- Ayudar a reconocer los sentimientos, que los exprese y evite la culpa.
- Escucha activa de expresiones de sentimientos y creencias.
- Proporcionar apoyo en las fases del sentimiento de la pena.
- Favorecer la conversación o el llanto para disminuir la respuesta.
- Permanecer con el paciente/cuidadora y darle seguridad en los momentos de mayor ansiedad o miedo.
- No exigir demasiado si el paciente/cuidadora está fatigado.



PUESTA EN ORDEN

Registrar en la historia los sentimientos verbalizados.



PRECAUCIONES

Retroalimentación con el paciente de que tiene factores estresantes reconocidos por el paciente, el paciente nos tiene que expresar los sentimientos.



REGISTRO

En historia de enfermera.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de la realidad del paciente/cuidadora.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Toda cuidadora en duelo debe tener apoyo emocional
- Indicador: n° pacientes éxitus /n° de anotaciones.
- Método: 10 historias de persona éxitus.
- Standard: 70%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. M^a Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Las cuidadoras serán apoyadas en el duelo.

5290

FACILITAR EL DUELO



DEFINICIÓN

Ayuda en la resolución de una pérdida importante.



OBJETIVOS

Facilitar el duelo.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Entrevista emocional.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Tiempo para el reconocimiento de la respuesta emocional.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente debe verbalizar la necesidad de apoyo en este trance, siempre respetar el deseo del paciente/familia.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente.
- Ayudar a identificar la pérdida.
- Fomentar el hablar de pérdidas anteriores.
- Animar a que verbalice los recuerdos de la pérdida.
- Que identifique los miedos unidos a la pérdida.
- Instruir sobre los pasos del proceso.
- Implementar sus costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas a la pérdida.
- Utilizar palabras claras: muerte, muerto, etc., sin eufemismos.
- Identificar fuentes de apoyo familiar y comunitario.
- Apoyar los progresos conseguidos y los esfuerzos para resolver los conflictos anteriores.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias en la actividades de la vida diaria.



PUESTA EN ORDEN

Registrar en la historia los sentimientos verbalizados.



PRECAUCIONES

Retroalimentación con el paciente/cuidadora de que tiene factores estresantes reconocidos, el paciente/cuidadora nos tiene que verbalizar la pérdida.



REGISTRO

En historia de enfermera.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de la realidad del paciente/cuidadora.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo paciente con pérdida importante se le facilitará el duelo si así lo verbaliza.
- Indicador: verbalizaciones en pacientes amputados/nº anotaciones.
- Método: 10 pacientes amputados en hª enfermera constará las verbalizaciones.
- Standard:50%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Facilitaremos el duelo a los pacientes/cuidadoras en duelo.



DEFINICIÓN

Permanecer con el paciente/cuidadora durante los momentos de necesidad física y/o psíquica.



OBJETIVOS

Que el paciente/cuidadora perciba nuestra ayuda.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Espacio y tiempo adecuado.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Actitud adecuada para la presencia.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente demandará la presencia.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente y una actitud de aceptación.
- Comunicar comprensión por la experiencia que está pasando el paciente/cuidadora.
- Ser sensible a las tradiciones y creencias del paciente/cuidadora.
- Establecer confianza y positividad.
- Escucha activa de las preocupaciones del p/c.
- Permanecer en silencio y asentir, si procede.
- Establecer contacto físico, permanecer para fomentar seguridad y disminuir los miedos.
- Transmitirle seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad.
- Ofrecerse como contacto con otras personas de apoyo (cura,..), si procede.



PUESTA EN ORDEN

Registrar el tiempo de presencia.



PRECAUCIONES

Retroalimentación con el paciente/cuidadora de que tiene factores estresantes reconocidos, el paciente/cuidadora nos tiene que verbalizar la necesidad de presencia.



REGISTRO

En historia de enfermera.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de la realidad del paciente/cuidadora.



CRITERIOS DE CALIDAD

Los pacientes que requieran presencia.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. M^a Teresa Luis Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Facilitaremos presencia a los pacientes/cuidadoras que lo verbalicen.



DEFINICIÓN

Ayudar al individuo a prepararse y afrontar el traslado de un entorno a otro.



OBJETIVOS

Ayudar a la persona y/o al cuidador a disminuir las alteraciones producidas por el estrés al cambiar de ámbito de cuidados, verbalizado.



PERSONAL

Enfermera y/o auxiliar de enfermería.



MATERIAL

El necesario para el traslado.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Deberá identificar al cuidador principal y el apoyo fundamental en el nuevo ámbito de cuidados.
- Favorecer siempre la libre expresión de sentimientos, pensamientos y temores ante la nueva situación.
- Permitir el duelo por la pérdida sufrida y explicar que es un proceso habitual.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Deberá conocer por parte de todo el equipo el nuevo ámbito.
- Deberemos conocer las experiencias previas de otros traslados si los hubiese tenido.
- Conoceremos las estrategias de afrontamiento de la persona/cuidadora.
- Evidenciar la capacidad de autocuidado o la ayuda de una cuidadora.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Determinar el grado de comprensión del paciente/cuidadora para comprender nuestras indicaciones de cuidados.
- Determinar las condiciones del nuevo entorno en relación con los cuidados necesarios, medicación habitual y material del que dispone.
- Determinaremos las necesidades del tandem cuidador en el nuevo ámbito de cuidados (¿qué saben?, que necesitan?, ¿de qué disponen?).
- Valoraremos y evaluaremos la necesidad de apoyo social y en caso de necesitarlo derivar a la trabajadora social.
- Antes del traslado deberá tener los conocimientos y las habilidades necesarias para cuidar adecuadamente en el nuevo entorno.
- Debe comprender las razones del traslado, evidenciadas.
- Anotar en la incidencias las verbalizaciones de estrés (ansiedad, pérdida de apetito, aumento de las exigencias,...).
- Derivar siempre al enfermero gestor de casos (de enlace), si el ámbito de cuidados va a ser el domicilio.
- Dar seguridad en la continuidad de cuidados.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Explorar siempre las vivencias del traslado (¿cómo lo voy a organizar?, quién es el referente,...).
- Darle el tiempo suficiente para los cambios bruscos de dependencia.
- Procurar formar a aquellas personas que van a cuidar en el nuevo entorno y procurar que comprendan que deben de ser siempre las mismas.
- Hacer de guías del sistema sanitario para que sepan dónde solicitar las ayudas.
- Durante la estancia introducir a la cuidadora en el plan de cuidados permitiendo el máximo control posible.



PUESTA EN ORDEN

Reflejar las verbalizaciones de los logros conseguidos de disminución del estrés.



PRECAUCIONES

- Evaluar siempre las experiencias anteriores y las necesidades sociales.
- Ser realistas y coherentes con las prestaciones del sistema, no informar de algo que no va a ser para no dar falsas esperanzas.



REGISTRO

Anotar en las incidencias las verbalizaciones del tandem cuidador.



PROBLEMAS POTENCIALES

- Afrontamiento familiar incapacitante.
- El tandem afronta habitualmente mal las situaciones de estrés, por lo que se suspende la intervención.



CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio: todo paciente frágil, según criterio de inclusión del SAS, el tandem deberá verbalizar la disminución de la sensación de estrés.

Indicador: Nº de gran dependientes / nº de incidencias donde conste las verbalizaciones.

Standard: 50%.

Auditoría: 10 historias de pacientes frágiles en GDR-fractura de cadera/AVC/ pluripatológico.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica. M^a Teresa Luis Rodrigo. 2ª edición 2002. ISBN. 84-458-1218-1
- NIC
- Medina Carmona, A; Cañas Fuentes, MA
Función: (1-2) Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria
Institución: (1-2) Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga (España)
Título: Efectividad de las intervenciones de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias en los pacientes dependientes y sus cuidadoras en el diagnóstico enfermero 'Síndrome de estrés del traslado'



CRITERIOS DE RESULTADO

Verbalizará disminuir la sensación de estrés a través del síntoma que el tandem refleje (trastorno sueño, ansiedad, inquietud,...), mediante escala licker, siempre que en experiencias anteriores hayan afrontado bien.



DEFINICIÓN

Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.



OBJETIVOS

Que el paciente/cuidadora perciba nuestra ayuda, para ser más independiente.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Espacio y tiempo adecuado.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Buena relación de ayuda.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente demandará la presencia.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente y una actitud de aceptación.
- Observar las frases del paciente, su confianza y control.
- Animar a identificar sus virtudes.
- Fomentar el contacto visual con su entorno familiar y social.
- Reafirmar sus virtudes personales que identifique el paciente.
- No hacer críticas negativas, ni de queja.
- No burlarse, ni hacer jocosidades.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación.
- Ayudar a conseguir objetivos realistas.
- Fomentar la responsabilidad sobre sí mismo.
- Ayudar a identificar respuestas positivas del entorno.
- Ayudar a aceptar la dependencia si procede.
- Ayudar a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Ayudar a evaluar su propia conducta.
- Alabar los objetivos conseguidos.
- Comprobar la frecuencia de manifestaciones negativas/positivas sobre sí mismo.
- Realizar afirmaciones positivas.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
- Explorar las razones de autocrítica y el impacto de las opiniones de los demás sobre su propia valía.
- Ayudar a identificar efectos de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima, para poder potenciarla.



PUESTA EN ORDEN

Se evitará negativizar las creencias y valores.



PRECAUCIONES

Retroalimentación con el paciente/cuidadora de que tiene valores para positivar la autoestima.



REGISTRO

En historia de enfermera.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de la realidad del paciente/cuidadora.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo paciente con diagnóstico de baja estima situacional o en riesgo.
- Indicador: diagnóstico de baja estima situacional/nº de intervenciones.
- Método: 10 pacientes con colostomía.
- Standard: 70%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luis Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Aumento de la autoestima en una escala de Liker.

5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO



DEFINICIÓN

Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos, la comunidad o la iniciativa privada.



OBJETIVOS

Aumentar los sistemas de apoyo.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Espacio y tiempo adecuado.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Buena relación de ayuda.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente demandará la existencia de poco apoyo social percibido o una puntuación $<$ a 3 del cuestionario apoyo social percibido.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente y una actitud de aceptación.
- Calcular la respuesta a la situación y la adecuación y disponibilidad de los sistemas de apoyo.
- Ver la conveniencia de redes sociales, derivarlo a trabajo social si procede.
- Determinar el grado de apoyo social, económico familiar, las barreras y los apoyos actuales.
- Observar la situación familiar actual.
- Animar a participar en actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones en personas con las mismas metas e intereses.
- Remitir a un grupo de autoayuda.
- Derivar siempre a la enfermera de primaria, para valoración in situ.
- Implicar a la familia, amigos,...
- Explicar a los demás como le pueden ayudar.



PUESTA EN ORDEN

Se evitará entrar en conflicto de decisiones con la familia.



PRECAUCIONES

Retroalimentación con el paciente/cuidadora para aumentar los sistemas de apoyo.



REGISTRO

En historia de enfermera.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de la realidad del paciente/cuidadora.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo paciente con verbalización de poco apoyo, se la pasará el cuestionario de DUKE-UNC y se valorarán las manifestaciones del diagnóstico Mantenimiento inefectivo de la salud (MIS).
- Indicador: diagnóstico de MIS/nº de intervenciones
- Método: 10 pacientes con reingresos cuando la persona es incapaz de identificar, manejar o buscar ayuda para el mantenimiento de la salud.
- Standard: 70%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Aumento de la autoestima en una escala de Liker.

7110

FOMENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR



DEFINICIÓN

Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.



OBJETIVOS

Evitar el riesgo que supone la carga del cuidado de un dependiente para un solo cuidador.



PERSONAL

Enfermera referente/supervisora.



MATERIAL

Tiempo para reunión familiar de cuidados, siempre la enfermera referente o la supervisora.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Haber analizado las necesidades de cuidados de nuestro paciente antes de la reunión, así como los problemas objetivos que se van a encontrar antes de irse a su domicilio.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Debe conocerlo el tandem paciente/cuidador principal si su situación lo permite, y autorizar nuestra intervención para su bienestar en cuidados.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente y una actitud de aceptación.
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado.
- Determinar los recursos del cuidador principal: físicos, emocionales, conocimientos, educacionales y culturales.
- Identificar el déficit de autocuidados del paciente y la disposición de la familia para implicarse., disposición y expectativas.
- Animar a la familia a participar en el plan de cuidados y ser asertivos.
- Observar la estructura familiar y sus roles e implicación, su participación en los cuidados antes del alta.
- Identificar factores estresantes de los cuidadores
- Determinar el nivel de dependencia.
- RESPETAR LOS MECANISMOS CON LOS QUE LA FAMILIA SE ENFRENTA A LOS PROBLEMAS.
- Identificar las dificultades de afrontamiento familiar y de las capacidades y habilidades del paciente y familia.
- Animar a mantener relaciones familiares de ayuda.
- Comentar opciones de cuidados necesarios.
- Facilitar la educación necesaria para que la familia controle aspectos de salud de su proceso por parte de los cuidadores.



PUESTA EN ORDEN

Se anotará en la historia toda las intervenciones realizadas con la familia del cuidador principal del paciente dependiente y los acuerdos alcanzados.



PRECAUCIONES

Nunca forzar a soluciones no consensuadas ni no admitidas por el entorno familiar, somos facilitadores.



REGISTRO

En historia de enfermera se registrarán los acuerdos consensuados a que se lleguen, para aumentar la implicación familiar.



PROBLEMAS POTENCIALES

Lesiones y caídas.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todas las personas dependientes debe explorarse su entorno familiar, para el apoyo al cuidador principal.
- Indicador: nº de pacientes con Barthell 0-20/anotaciones en el registro enfermero del apoyo familiar.
- Standard: 50%
- Método: 20 pacientes con GDR fractura de cadera/ AVC.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. M^a Teresa Luis Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Los pacientes dependientes deben tener una buena implicación familiar, procurando evitar los factores estresores del diagnóstico riesgo de cansancio en el rol del cuidador.



DEFINICIÓN

Desarrollar y proporcionar instrucciones y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.



OBJETIVOS

Mejorar el autocuidado o el cuidado.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Espacio y tiempo adecuado.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Establecer una relación terapéutica con el paciente/cuidadores.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El cuidador verbalizará.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente y una actitud de aceptación.
- Determinar las necesidades de educación y de cambios de hábitos.
- Identificar los factores que puedan mejorar la motivación.
- Determinar el contexto sociocultural de la conducta sanitaria.
- Determinar el conocimiento actual y las conductas de estilo de vida.
- Ayudar a clarificar las creencias y valores sanitarios.
- Establecer prioridades de las necesidades, en función de los cuidados.
- Formular los objetivos en nomenclatura NOC.
- Identificar los recursos para llevar el programa a cabo.
- Considerar la accesibilidad y las preferencias del paciente/cuidadora.
- Centrarse en los beneficios de la salud positivos inmediatos.
- Desarrollar materiales escritos y audiovisuales.
- Utilizar grupos , líderes, grupos de apoyo.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Utilizar demostraciones, participación de los alumnos y manipulación de las técnicas a aprender.
- Implicar a todos los elementos que intervengan, paciente, familia, grupo.
- Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilos de vida o salud.
- Destacar la importancia de formas saludables comer, dormir, etc..
- Planificar el seguimiento y la continuidad asistencial..
- Medir los resultados NOC y dar la continuidad.



PUESTA EN ORDEN

Tras esto recogerá toda los efectos que se hayan utilizado para la educación.



PRECAUCIONES

Suponer los conocimientos que se han transferido sin comprobar NOC.



REGISTRO

En historia de enfermera: NOC con licker>3.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de la realidad del paciente/familia.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo paciente con conocimientos deficientes debe tener educación.
- Indicador: pacientes con inhaladores/nº de intervenciones educativas.
- Método: 20 pacientes con diagnóstico conocimientos deficientes con GDR asma/epoc adulto.
- Standard: 80%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luís Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Aumento de la implicación familiar y reconocimiento del esfuerzo del cuidador.



DEFINICIÓN

Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.



OBJETIVOS

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (escala Braden).
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria
- Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
- Girar continuamente cada 1-2 horas, si procede.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales, si procede.
- Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente.
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra.
- Humedecer la piel seca, intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para codos y talones, si procede.
- Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal.
- Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente en los cambios de peso frecuentemente.
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.



DEFINICIÓN

Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad del paciente.



OBJETIVOS

Que el entorno del paciente sea lo más seguro posible dentro de las necesidades de cuidados del paciente/cuidadora.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Cama con barandilla, aseo, pasillo y dispositivos de ayuda a la marcha.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

En la entrevista para la valoración inicial debe medirse los riesgos derivados de la atención.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Preparado para la entrevista con cuestionarios, test e índices, teniendo en cuenta que se puedan cambiar conductas, para reducir el riesgo.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Todo paciente con más de 65 años debe tener hecho la escala de riesgo de caídas múltiples o el de MORSE, para validar el riesgo de caídas
- Determinar las necesidades de seguridad, según la dependencia del paciente tanto física como psíquica, y el historial de conductas al respecto.
- Identificar los riesgos: se actuará según el mapa de riesgos de la unidad.
- Identificar los factores que puedan mejorar la motivación de la conducta.
- **TODO PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS O DE LESIÓN DEBE DE TENER VIGILANCIA DE SEGURIDAD Y PAUTADO EL GRADO DE VIGILANCIA.**
- Determinar el contexto sociocultural de la conducta sanitaria.
- Determinar el conocimiento actual y las conductas de estilo de vida.
- Modificar el ambiente para reducir riesgos: p.e. colocar el sillón del lado de levantarse, evitar ducharse solo si tiene riesgo de caídas,...
- Disponer de dispositivos de adaptación: barandillas, colchón, etc
- Utilizar dispositivos de protección para limitar la movilidad si procede.
- Educación al paciente/cuidadora del alto riesgo y el manejo.



PUESTA EN ORDEN

Se anotará en la historia todos los riesgos asociados al paciente.



PRECAUCIONES

El paciente/cuidadora deben ser conscientes y reconocer el riesgo, y se vigilará.



REGISTRO

En historia de enfermera verbalización del paciente cuidadoras.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de la realidad del paciente/familia.



CRITERIOS DE CALIDAD

Todos los pacientes mayores de 65 años tendrán medido el riesgo de caídas.
Indicador: n° pacientes mayores de 65 años/n° de riesgos medidos.
Método: 20 historias de pacientes ,mayores de 65 años.
Standard: 50.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. M^a Teresa Luis Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

El riesgo será evaluado al ingreso.

6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS



DEFINICIÓN

Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.



OBJETIVOS

Prevenir las caídas en pacientes de riesgo.



PERSONAL

Enfermera/o.



MATERIAL

Material necesario para evitar las caídas: barandillas, andadores, sillas de ruedas, etc....



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Material preparado.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Deben iniciarse las actuaciones antes de iniciar cualquier movilidad.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Utilizar una escala para validar el riesgo de caídas en el ambiente donde se va a movilizar(habitación, pasillo, etc.), donde conste por lo menos los déficit físicos y cognitivos y los factores de riesgo, se recomienda utilizar MORSE o riesgo de caídas múltiples.
- Control de la marcha: ver equilibrio, uso de dispositivos de ayuda a la marcha antes del alta, cansancio,...
- Siempre una ayuda efectiva a los pacientes con marcha no estable.
- Proporcionar los dispositivos de ayuda a la marcha, enseñando a utilizarlos y mantenerlos en buen estado.
- Bloquear siempre todos los sistemas con ruedas para las transferencias.
- Enseñar o colocar a tener los objetos cerca para evitar esfuerzos.
- Enseñar a pedir ayuda si lo necesita, por riesgo.
- Utilizar los mecanismos necesarios para favorecer las transferencias: cama baja, barandillas, colchones, fijaciones para disminuir la movilidad, etc.
- Proporcionar a las personas dependientes físicos la luz de llamada cuando la cuidadora no esté y responder de forma inmediata.
- Ayudar a los autocuidados si procede.
- Disponer de luz adecuada, de luz nocturna.
- Orientar al paciente en el ambiente si es preciso.
- QUE EL PACIENTE LLEVE EL CALZADO ADECUADO, NO CHANCLAS ABIERTAS, SE RECOMIENDAN LAS ZAPATILLAS CERRADAS Y SUELO ANTIDESLIZANTE, SI EXISTE RIESGO.
- Instruir al paciente que lleve las órtesis necesarias para una buena movilidad: gafas, audifono, etc.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Educar a los miembros de la familia de los riesgos y cómo disminuirlos, en especial a la cuidadora principal.
- Ayudar a la familia a identificar los riesgos.
- Enseñanza actividad/ejercicio prescrito y ejercicio adecuado a sus necesidades.
- PONER EN LA HISTORIA ENFERMERA SI EXISTE ALTO RIESGO DE CAIDAS.
- Colaborar en disminuir los efectos secundarios de los medicamentos que aumentan el riesgo de caídas: hipotensores, hipoglucemiantes, benzodicepinas, etc, según la evidencia disponible.
- Retirar los objetos que puedan entorpecer la marcha.
- Colocar al paciente con incontinencia más cerca del baño.
- Mantener las barandillas elevadas si el riesgo es alto.
- Si hipotensiones, realizar transferencias en pasos lentos: incorporase, sentarse al borde de la cama, ponerse en pie, empezar a deambular; cada paso debe acompañarse de no mareo.



PUESTA EN ORDEN

Se anotará en la historia toda la educación realizada al cuidador de paciente dependiente.
Se recogerá y limpiará el material utilizado.



PRECAUCIONES

Siempre que el riesgo sea alto utilizar medios adecuados.



REGISTRO

En historia de enfermera se registrará el riesgo y las medidas.



PROBLEMAS POTENCIALES

Lesiones y caídas.



CRITERIOS DE CALIDAD

1. Todos los pacientes mayores de 65 años tendrán valorado el riesgo de caídas.
Indicador: nº pacientes mayores de 65 años/nº MORSE o riesgo de caídas evaluado.
Método: 20 historias de mayores de 65 años.
Standard: 60%.
2. Todo paciente con paciente con riesgo alto (MORSE > 25 O DE CAIDAS MÚLTIPLES > 7) tendrá las medidas de prevención instauradas en un plan adjunto al diagnóstico riesgo de caídas.
Indicador: paciente con diagnóstico riesgo de caídas/ plan de cuidados adjunto
Método: de los anteriores, los que tengan riesgo alto.
Standard: 90%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. M^a Teresa Luis Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Este debería ser un indicador centinela de riesgos en las unidades, por lo tanto reducir o ninguna, y efectuar comunicación a la supervisora para realización de causa-raíz/AMFE.



DEFINICIÓN

Proporcionar la información necesaria, recomendaciones y apoyo para facilitar los cuidados al paciente por una persona diferente a la enfermera, habitualmente una persona de su entorno familiar.



OBJETIVOS

Formar y apoyar a la persona que se va a encargar de los cuidados, para proporcionar los cuidados adecuados a la situación de dependencia del paciente.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Sesiones de cuidados, de psicoeducación y de ayuda.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Estará preparado para compartir conocimientos y experiencias con la cuidadora.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Siempre estaremos cuando la cuidadora principal lo precise, siempre negociaremos con ella cuando empezar.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Determinar el grado de conocimientos de la cuidadora.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel, no cuestionar sus valores.
- Aceptar las expresiones negativas.
- Admitir las dificultades.
- Reconocer la dependencia.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el esfuerzo de cuidar.
- Apoyar las decisiones tomadas.
- Controlar los problemas de interacción de la familia.
- Proporcionar información sobre el estado del paciente.
- Enseñanza: técnicas de cuidados, control del estrés, aprender a cuidarse, uso de dispositivos, quejas.
- Promover aumento de la implicación familiar y redes sociales.
- Enseñar estrategias para acceder a los recursos sociosanitarios.
- Comentar al paciente los límites del cuidador.
- Actuar si hay sobrecarga del cuidador, ofertando descanso durante el ingreso.
- Apoyarlo a establecer límites en el cuidado y a cuidarse a sí mismo.



PUESTA EN ORDEN

- Se anotará en la historia toda la educación realizada al cuidador de paciente dependiente.
- Toda cuidadora identificada se le ofertará descanso y medidas de discriminación positivas.



PRECAUCIONES

Se respetará siempre el deseo de cuidados en el hospital, siendo la enfermera referente quien negocie los cuidados en el Hospital (p.e. quiere asearlo ella, o no quiere).



REGISTRO

En historia de enfermera aparecerán las opciones pactadas.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de los deseos y necesidades de la cuidadora y CUIDADOS HOSPITALARIOS NO PACTADOS CON LA ENFERMERA REFERENTE.



CRITERIOS DE CALIDAD

1. Todos los pacientes dependientes con cuidadora informal C+, tendrán ofertado el descanso y las medidas de discriminación positiva.
Indicador: nº cuidadoras C+/nº de ACTUACIONES PACTADAS CON LAS CUIDADORAS.
Método: La supervisora captará a todas las cuidadoras C+.
Standard: 90%.
2. Todo paciente con cuidadora C+, tendrá una enfermera referente.
Indicador: nº cuidadoras C+/nº de enfermeras referentes.
Método: 10 historias de los pacientes anteriores (captados por la supervisora).
Standard: 90%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luis Rodrigo
- NIC
- PROYECTO ALZHEIMER E IMPLANTACIÓN DE LA TARJETA + CUIDADO. SAS 2008.



CRITERIOS DE RESULTADO

Cuidando a la cuidadora.



DEFINICIÓN

Facilitar la participación de la familia en el cuidado físico y emocional del paciente.



OBJETIVOS

Mejorar los cuidados al paciente.



PERSONAL

- Enfermera/o.
- Auxiliar.



MATERIAL

Espacio y tiempo adecuado.



PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Establecer una relación terapéutica con el paciente/cuidadores.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El cuidador verbalizará la pertinencia de la actividad, siempre será aceptada por las cuidadoras.



DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

- Mostrar interés por el paciente y una actitud de aceptación.
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado.
- Determinar los recursos del cuidador principal: físicos, emocionales, conocimientos, educacionales y culturales.
- Identificar el déficit de autocuidados del paciente y la disposición de la familia para implicarse, disposición y expectativas.
- Animar a la familia a participar en el plan de cuidados y ser asertivos.
- Observar la estructura familiar y sus roles e implicación, su participación en los cuidados antes del alta.
- Identificar factores estresantes de los cuidadores
- Determinar el nivel de dependencia.
- RESPETAR LOS MECANISMOS CON LOS QUE LA FAMILIA SE ENFRENTA A LOS PROBLEMAS.
- Identificar las dificultades de afrontamiento familiar y de las capacidades y habilidades del paciente y familia.
- Animar a mantener relaciones familiares de ayuda.
- Comentar opciones de cuidados necesarios.
- Facilitar la educación necesaria para que la familia controle aspectos de salud de su proceso por parte de los cuidadores.



PUESTA EN ORDEN

Se evitará entrar en conflicto de decisiones con la familia.



PRECAUCIONES

Retroalimentación con el paciente/cuidadora para aumentar la implicación familiar.



REGISTRO

En historia de enfermera.



PROBLEMAS POTENCIALES

Mala interpretación de la realidad del paciente/familia.



CRITERIOS DE CALIDAD

- Todo paciente dependiente con Barthell < 20, se fomentará la implicación familiar y se medirá la sobrecarga percibida por la cuidadora principal, a través del índice del esfuerzo de cuidador vs Zarit.
- Indicador: personas con Barthell < 20/nº de índices realizados.
- Método: 10 pacientes con Barthell < 20, reingresado con AVC previo.
- Standard: 70%.



BIBLIOGRAFÍA

- Los diagnósticos enfermeros. Mª Teresa Luis Rodrigo.
- NIC.



CRITERIOS DE RESULTADO

Aumento de la implicación familiar y reconocimiento del esfuerzo del cuidador.