

**Manual de
técnicas y
procedimientos
de enfermería en
atención primaria
de salud**



**Manual de
técnicas y
procedimientos
de enfermería en
atención primaria
de salud**

Serie: ATENCION PRIMARIA

1.ª edición, mayo 1991

1.ª reimpresión, noviembre 1992

2.ª reimpresión, julio 1993

© GERENCIA ATENCION PRIMARIA
INSALUD-BALEARES

Edita: Instituto Nacional de la Salud
Secretaría General
Servicio de Documentación y Publicaciones
C/ Alcalá, 56
28014 Madrid

Depósito legal: M. 20.686-1993

ISBN: 84-351-0115-0

NIPO: 352-92-017-0

N.º public. INSALUD: 1.623

Impreso en Closas-Orcoyen, S. L. Polígono Igarsa
Paracuellos de Jarama (Madrid)

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SUBDIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

**Manual de
técnicas y
procedimientos
de enfermería en
atención primaria
de salud**

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SECRETARIA GENERAL
Madrid, 1993

Relación de Autores:

ROSA M^ª. COMPANY BAUZA

Enfermera. Coordinadora de Enfermería de Equipos de Atención Primaria de Mallorca.

MATILDE D'AYSA FERRER

Enfermera. Master en Epidemiología La Habana.

JOSEFA GUTIERREZ CARRASCO

Enfermera. Responsable de Enfermería Centro de Salud Arquitecto Bennasar. Palma de Mallorca.

BRIGIDA MORA CANET

Enfermera. Directora de Enfermería de Atención Primaria de Mallorca.

ROSA M^ª RODRIGUEZ GUTIERREZ

Enfermera. Centro de Salud Emili Darder. Palma de Mallorca.

CATALINA SERVERA DOMENGE

Enfermera. Responsable de docencia del Centro de Salud Escola Graduada. Palma de Mallorca.

MARGARITA SERVERA MIR

Enfermera. Coordinadora de Enfermería de Equipos de Atención Primaria de Mallorca.

CLARA VIDAL TOMAS

Enfermera. Master en Epidemiología La Habana. Profesora de la E.U.E. Palma de Mallorca

I N D I C E

I. INTRODUCCIÓN:	Página
II. TECNICAS DIAGNOSTICAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD.	
1. Determinación de glucemia capilar	9
2. Test de orina	11
3. Test de embarazo	13
4. Prueba de la Tuberculina o Mantoux	15
5. Tiempo de sangría	17
6. Extracción de sangre (Vacutainer)	19
7. Extracción de sangre (Palomita)	23
8. Toma de presión arterial	25
9. Oscilometría	27
10. Exploración de la sensibilidad vibratoria	29
11. Electrocardiograma	31
III. TECNICAS TERAPEUTICAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD	
12. Administración parenteral de medicamentos	37
13. Sondaje vesical	45
14. Sondaje nasogástrico	49
15. Cateterismo por vía periférica	53
16. Percusión-Vibración (Clapping)	57
17. Vendajes, generalidades	59
18. Vacunación antitetánica	61

IV. ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE SITUACIONES DE URGENCIA

19. Envenenamientos	65
20. Mordeduras	67
21. Cuerpos extraños en fosas nasales	69
22. Extracción tapones de cerumen	71
23. Epistáxis	73
24. Quemaduras térmicas	75
25. Reacción anafiláctica	77
26. Reanimación cardio-respiratoria	79

V. CURAS

72. Curas, generalidades	85
28. Suturas en cirugía menor	87
29. Retirada de puntos de sutura	93
30. Curas en las que no están indicadas las suturas	95
31. Curas en quemaduras térmicas	97
32. Traumatismos cutáneos por punción	99
33. Traumatismos cutáneos por laceración	101
34. Traumatismos cutáneos por contusión	103
35. Traumatismos cutáneos por abrasiones	105

VI. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN:

36. Ulceras por presión mantenida	109
37. Ulceras de extremidades inferiores	111
38. Ostomias	113

VII. ANEXOS

1. Lavado de manos	119
2. Punción venosa. Anatomía y zonas más frecuentes de punción	121
3. Técnica de inmovilización para extracciones de sangre en niños	123
4. Electrocardiograma. Localización, derivaciones precordiales	125
5. Drenajes. Posiciones adecuadas según zonas a drenar	127
6. Vendajes. Principales formas de aplicación	129
7. Quemaduras. Clasificación, extensión y pronóstico de gravedad	131
8. Curas. Técnicas auxiliares	133
9. Suturas. Elección del material	135
10. Anestesia local	137
11. Cura y apósito o vendaje tras la sutura	139
12. Heridas tetanígenas. Pautas a seguir	141
13. Heridas. Limpieza quirúrgica	143
14. Ulceras por presión mantenida. Prevención	145
15. Ulceras. Factores de riesgo en su aparición	147
16. Ulceras por presión mantenida. Localización	149
17. Ulceras de extremidades inferiores. Diagnóstico diferencial	151
18. Ulceras venosas y arteriales. Prevención	153

VIII. BIBLIOGRAFIA

155
156

PRESENTACION:

Desde la integración de las Escuelas de Enfermería en la Enseñanza Universitaria en 1977, ha habido un profundo cambio en la profesión y una cierta unanimidad en la necesidad de acercarla a las necesidades reales que en materia de salud presenta la población, tanto en su vertiente humana como técnica.

Para alcanzar este objetivo ha sido precisa no solo la voluntad mayoritaria de los profesionales en modificar el papel que han venido desempeñando en el sistema sanitario, sino también la introducción de una metodología científica en las labores cotidianas de enfermería.

En este sentido, la realización del Manual objeto de esta presentación, supone un esfuerzo en la estandarización de actuaciones y en la unificación de criterios, que sin duda está en la línea que mencionamos.

Su consecución ha sido posible gracias al esfuerzo de meses, tanto de los autores, como de un buen número de profesionales de los Centros de Salud de Palma de Mallorca.

Esperamos que suponga un instrumento útil para todos ellos y contribuya a mejorar los cuidados de enfermería en nuestro medio.

Manuel Del Castillo Rey
Director Gerente

I. INTRODUCCION

La necesidad de garantizar una adecuada calidad asistencial en los procedimientos terapéuticos y diagnósticos de enfermería, hace imprescindible desarrollar un manual de procedimientos técnicos, que a través de la protocolización nos ayude a unificar técnicas y procedimientos, estimule a la utilización de una metodología científica en la prestación de los cuidados, sirva de guía a los nuevos profesionales y a los estudiantes de enfermería, y establezca criterios que nos permitan en un futuro la evaluación del trabajo diario.

El manual se compone de cinco partes fundamentales. Una primera dedicada a las técnicas diagnósticas más frecuentemente utilizadas en A.P.S., una segunda parte a las principales técnicas terapéuticas, una tercera parte a actuaciones de enfermería ante situaciones de urgencia, y debido a la importancia de las actividades de curas en heridas y cuidados de enfermería en úlceras por decúbito, úlceras en extremidades inferiores y ostomias, se ha abierto un cuarto y quinto apartado.

Se ha intentado dar un formato y una metodología que resulte de fácil utilización en su manejo. Está prevista la revisión periódica del Manual para actualización o variación del contenido.

Agradecemos la colaboración prestada en la realización de este Manual a todas las enfermeras de los Centros de Salud de Palma de Mallorca; en su empeño de llevar hacia adelante la enfermería de Atención Primaria de Mallorca.

TECNICAS DIAGNOSTICAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

DETERMINACION GLUCEMIA CAPILAR

DEFINICION:

Técnica que se realiza para conocer los niveles de glucosa en sangre capilar.

OBJETIVO:

Valorar el nivel de glucosa en sangre.

MATERIAL NECESARIO:

- Tiras reactivas.
- Algodón o gasas.
- Reflectómetro o instrumento de lectura.
- Dispositivo de punción o lancetas.
- Cronómetro.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

- Informar al paciente de la técnica a realizar.

Ejecución de la técnica:

- Elegir la zona de punción, preferentemente en las zonas laterales de las yemas de los dedos.
- Efectuar la punción con un movimiento rápido y seguro.
- Obtener una gota gruesa de sangre y depositarla sobre la zona reactiva de la tira.
- Esperar el tiempo aconsejado, según recomendaciones de la casa comercial.
- Eliminar la sangre de la tira reactiva según recomendaciones del laboratorio.
- Proceder a la lectura del resultado obtenido a través del reflectómetro o por lectura visual con escala colorimétrica.
- Anotar los resultados en los registros correspondientes.

OBSERVACIONES:

- Procurar la conservación, mantenimiento y uso adecuado del material y equipo.
- Comprobar el código de las tiras reactivas con el código del reflectómetro.
- Tapar el frasco de tiras reactivas para evitar la entrada de aire.
- Evitar el contacto directo con la zona reactiva de la tira.
- Limpiar periódicamente la cámara óptica, según las instrucciones de cada reflectómetro.

TEST DE ORINA

DEFINICION:

Técnica que se realiza a partir de una muestra de orina para la recogida de información de diferentes parámetros con fines diagnósticos o de control.

OBJETIVOS:

Conocer el/los nivel/es de los parámetros objeto de estudio.

MATERIAL NECESARIO:

- Tiras reactivas según parámetro a determinar.
- Muestra de orina.
- Guantes.
- Cronómetro.

DESCRIPCION DE LA TECNICA:

Preparación del paciente:

- Informar al paciente sobre la técnica a realizar.
- Indicarle que deposite una muestra de orina en un recipiente.

Ejecución de la técnica:

- Sumergir la zona reactiva de la tira en el recipiente como máximo durante un segundo.
- Esperar el tiempo correspondiente según las tiras reactivas.
- Comprobar la zona reactiva con la escala colorimétrica del frasco.
- Anotar los resultados en el registro correspondiente.

TEST DEL EMBARAZO

DEFINICION:

Método diagnóstico de probabilidad de embarazo consistente en la detección de la Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) en orina.

OBJETIVO:

Conocer el nivel de Gonadotropina Coriónica Humana en orina.

MATERIAL NECESARIO:

- Equipo de reactivos.
- Cristales porta.
- Cronómetro.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Indicar a la paciente que recoja una muestra de orina.
- Filtrar y depositar una gota sobre el porta y añadir una gota del frasco anti-B-HCG mezclando durante treinta segundos.
- Añadir una gota del frasco ANTIGEN y mover circularmente el porta durante un minuto y treinta segundos.
- Acto seguido proceder a la lectura:
Resultado positivo = No aparece aglutinación.
Resultado negativo = Aparece aglutinación.

OBSERVACIONES:

A ser posible se utilizará la primera orina de la mañana.

PRUEBA DE LA TUBERCULINA O MANTOUX

DEFINICION:

Prueba cutánea destinada a determinar el contacto del paciente con el bacilo de la tuberculosis.

OBJETIVOS:

Determinar el grado de sensibilidad de una persona a la tuberculina.

MATERIAL NECESARIO:

- Jeringa de 1cc milimetrada con aguja hipodérmica.
- Regla milimetrada.
- PPD (derivado proteico purificado).

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

- Explicar al usuario en que consiste la prueba e indicarle que coloque el antebrazo en extensión con la cara interna hacia arriba.

Ejecución de la técnica:

- Cargar la jeringa de aguja corta y fina, de 0,3 mm de diámetro con 0.1 cc. de Tuberculina de 2 UT de RT-23.
- Realizar la punción intradérmica con el bisel de la aguja hacia arriba, 10 cm por debajo del codo.
- Inyectar cerciorándose que se produce un habón o pápula claramente visible. De no ocurrir así, repetir la prueba en el otro brazo.
- Marcar el habón con una circunferencia de 25 mm de diámetro. Anotar la fecha y hora de punción.
- Realizar la lectura a las 72 horas, en casos excepcionales, se puede realizar a las 48 ó 96 horas.
- Para realizar la lectura, palpar la piel en busca de induración; con un rotulador o bolígrafo señalar los bordes de la misma y medir su diámetro expresado en milímetros. Se medirá solo la zona de induración y no la zona eritematosa.

- Si la zona de induración es mayor o igual a 10 mm. se considerará positiva.
- Registrar la técnica realizada y los resultados en la historia del paciente.

OBSERVACIONES:

- No utilizar alcohol ni otros antisépticos, pues anulan la prueba.
- Advertir al individuo que no se rasque la zona inyectada.
- La tuberculina recomendada por los organismos oficiales es:
 - RT 23 de 2 U.T. ó alternativamente el PPD_s de 5 U.T.

TIEMPO DE SANGRIA

DEFINICION:

Tiempo que dura la emisión de sangre causada por un pequeño pinchazo en el lóbulo de la oreja, normalmente de 1' a 3'.

OBJETIVO:

Determinar el tiempo que tarda en formarse el coágulo despues de realizar un pinchazo en la piel.

MATERIAL NECESARIO:

- Lancetas.
- Algodón y alcohol.
- Papel secante.
- Cronómetro.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del personal:

Lavado y desinfección de manos (ver ANEXO - 1).
Como norma general utilizar guantes.

Preparación del paciente:

- Explicar al usuario/a la técnica a realizar.
- Indicar al usuario/a que se coloque sentado y que se quite los pendientes.
- Observar el lóbulo de la oreja, no debe estar ni congestionado ni frío.

Ejecución de la técnica:

- Desinfectar el lóbulo de la oreja con alcohol y esperar a que se seque.
- Realizar una punción profunda y con un movimiento rápido.
- Poner en marcha el cronómetro.
- Secar la sangre cada 30''.
- Cuando cese de sangrar, parar el cronómetro y anotar el tiempo de hemorragia o sangría.

OBSERVACIONES:

- Realizar la maniobra de secado con papel secante, evitando tocar el coágulo, puesto que si éste se rompe la prueba no es fiable.
- Si la hemorragia es muy abundante repetir en la otra oreja para verificación.

EXTRACCION DE SANGRE (CON VACUTAINER)

DEFINICION:

Técnica realizada para la extracción de sangre venosa con fines analíticos.

OBJETIVOS:

Facilitar la/s muestra/s de sangre para análisis o estudio.

MATERIAL NECESARIO:

- Toalla.
- Torniquete blando y plano o smark.
- Torundas con alcohol.
- Agujas.
- Tubo de extracción de vacío.
- Gasas.
- Apósitos.
- Guantes.
- Contenedor agujas desechables.
- Kocher.
- Tubos de recogida de sangre (según los parámetros).

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del personal:

- Lavado y desinfección de manos (ver ANEXO - 1), recogida del pelo.
- Como norma general de seguridad utilizar guantes.

Preparación del material:

Ver material necesario.

Preparación del paciente:

- Explicar al paciente la técnica a realizar, que puede ser doloroso pero de corta duración.
- Indicar al paciente la posición correcta del brazo (brazo extendido y la palma de la mano hacia arriba), y que se retire la ropa que le oprima por encima del lugar de punción.

- Si el individuo se marea fácilmente o se trata de un niño se realizará la técnica en posición decúbito supino. En los niños es de gran importancia la inmovilización.

Ejecución de la técnica:

- Seleccionar el lugar de punción (ver ANEXO - 2).
- Colocar el compresor de 7 a 12 cm. por encima de la zona elegida para realizar la punción.
- Indicar al individuo que abra y cierre la mano para ingurgitar las venas.
- Para mantener la distensión venosa indicarle que mantenga el puño cerrado, si tiene las uñas largas ofrecerle una toalla para que la comprima.
- Colocarse los guantes.
- Palpar la vena seleccionada con el dedo índice. Si resulta difícil palpar la vena, golpear suavemente con los dedos la zona para provocar la dilatación venosa.
Si la vena está bien distendida se notará por la consistencia elástica al deprimirla con el dedo.
- Desinfectar la zona elegida con movimientos circulares mediante una torunda empapada en alcohol.
- Dejar secar la zona.
- Enroscar la aguja (con el protector) al portatubos.
- Sujetar firmemente el brazo del paciente estirando y fijando la vena con el dedo pulgar de la mano no dominante.
- Canalizar la vena introduciendo el bisel de la aguja hacia arriba y formando un ángulo de 35-45°.
- Una vez se haya notado la canalización de la vena introducir el tubo de extracción de vacío rápida y suavemente en el portatubos hasta que la aguja perfora el tapón del tubo.
- Si se debe llenar varios tubos extraer el anterior con precaución para no descanalizar la vena, ir introduciendo los demás hasta su llenado completo.
- Llenar todos los tubos hasta el nivel indicado (si alguno no se llenara correctamente, coger otro y llenarlo de nuevo).
- Una vez llenados todos los tubos. retirar el

- compresor, el tubo y proceder a sacar la aguja.
- Comprimir con una gasa o algodón seco en la zona de punción.
- Indicar al paciente que no doble el brazo y que haga compresión durante 5-10 minutos.
- Poner un apósito o tirita en el lugar de punción.

OBSERVACIONES:

Como actuar si no se puede extraer sangre:

- Cambiar la posición de la aguja, si ha penetrado mucho retirar un poco; si sólo ha penetrado superficialmente, avanzar ligeramente hacia la vena.
- Girar ligeramente la aguja.
- Cambiar el tubo, podría ser que el anterior hubiera perdido el vacío.
- Aflojar el compresor.
- Si no se consigue la salida de sangre "NO ESCARBAR" buscando la vena, es muy doloroso. Es preferible retirar la aguja y buscar nueva localización.

Cómo prevenir la formación de hematomas:

- Puncionar solo en la parte superior de la pared de la vena.
- Retirar el torniquete antes de la extracción de la aguja.
- Asegurar que la aguja penetre completamente la parte superior de la pared de la vena.
- Aplicar presión en la zona de punción al finalizar la extracción durante 5'-10'.
Si las venas son muy frágiles y/o delgadas o se trata de niños utilizar PALOMITA.

EXTRACCION DE SANGRE (PALOMITA)

DEFINICION:

Técnica que consiste en el cateterismo venoso mediante palomita para la extracción de sangre venosa destinada a realizar determinaciones analíticas.

OBJETIVO:

Facilitar la/las muestras de sangre para la realización de determinaciones analíticas.

MATERIAL NECESARIO:

- Toalla.
- Torniquete blando o smark.
- Torundas con alcohol.
- Palomitas de distintos calibres (tipo vacutainer).
Lancetas.
- Gasas.
- Apósitos o tiritas.
- Guantes.
- Contenedor de material biocontaminado.
- Kocher.
- Tubos de vacío.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del personal:

- Lavado y desinfección de manos (ver ANEXO - 1), recogida pelo.
- Como norma general de seguridad, utilizar guantes.

Preparación del material:

ver material necesario.

Preparación del paciente:

- Como normalmente serán niños, procurar su colaboración, explicar según su nivel de comprensión y edad y de una manera fácil lo que se le va a hacer.
- Colocar al niño en la camilla e inmovilizar, ver ANEXO-3.

- Si se trata de un adulto la extracción puede hacerse en posición de sentado, indicarle la posición correcta del brazo.

Ejecución de la técnica:

- Seleccionar el lugar de punción (ver ANEXO - 2).
- Colocar el compresor aproximadamente 7 cm. por encima de la zona elegida para realizar la punción.
- Indicar al usuario que cierre el puño, si es necesario darle algo para que sujete en la mano.
- Si la zona de punción está en la muñeca indicar al usuario que flexione, facilita la punción.
- Cuando la vena esté dilatada, inmovilizarla sujetándola con el dedo pulgar y traccionando la piel hacia abajo.
- Colocar la aguja en dirección del flujo sanguíneo y sostenerla formando un ángulo de 45° con la piel; mantener el bisel de la aguja hacia arriba.
- Puncionar sujetando la palomita con las alas cerradas y perforar la piel del paciente a un lado de la vena a 1.5 cm. por debajo del lugar elegido.
- Ir reduciendo el ángulo hasta notar mayor resistencia cuando la aguja alcanza la vena.
- Comprobar que fluye sangre para confirmar que ha puncionado la vena.
- Continuar avanzando hasta que esté bien introducida. Puncionar el tubo de vacío y dejarlo llenar con la sangre necesaria; si se debe llenar más de un tubo ir cambiándolos con sumo cuidado para no descanalizar la palomita.
- Una vez llenados los tubos, retirar el smark y la palomita. Ejercer presión durante 5 - 10 minutos en la zona de punción.
- Colocar un apósito tipo tirta.

OBSERVACIONES:

Método utilizado fundamentalmente en niños y en personas con venas muy finas y frágiles.

TOMA DE PRESION ARTERIAL

DEFINICION:

Técnica que se realiza para evaluar la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos.

OBJETIVO:

Valorar los niveles máximos y mínimos de presión arterial (sistólica y diastólica).

MATERIAL NECESARIO:

- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

- Informar al usuario de la técnica a realizar.
- Indicar al usuario que se coloque sentado con el brazo extendido, bien apoyado y en horizontal a la altura del corazón o tumbado con el brazo extendido.

Ejecución de la técnica:

- Colocar el manguito 2-3 cm. por encima de la flexura del codo. La parte de la goma hinchable debe rodear por completo el perímetro del brazo.
- Situar el fonendoscopio sobre la arteria humeral a nivel de la flexura del codo, sin que entre en contacto con el manguito.
- Hinchar el manguito hasta 200 mmHg (o hasta 20-30 mmHg por encima del punto en que desaparece el pulso de la arteria radial).
- Deshinchar lentamente el manguito (2 mmHg por segundo), más despacio en caso de bradicardia o arritmia y algo más deprisa en caso de taquicardia.
- La T.A.S. será la que coincide con la aparición del primer ruido auscultatorio (fase I de Korotkoff).
- La T.A.D. será la que coincide con la desaparición completa de los ruidos auscultatorios (fase V de Korotkoff).

En caso de que los ruidos auscultatorios se prolonguen indefinidamente (embarazadas, niños, estados circulatorios hipercinéticos, etc.) anotar como T.A.D. la correspondiente a la fase IV de Korotkoff).

- Registrar las cifras detectadas en la documentación correspondiente.

OBSERVACIONES:

- En caso de duda repetir la toma tras dejar pasar un minuto con el manguito completamente deshinchado.
- El manguito debe cubrir las 2/3 partes de la longitud del brazo, en general:
0-1 años = 2,5 cm.
2-9 años = 5-9 cm.
adultos = 12,5 cm.
obesos = 14-16 cm.
- Evitar la tendencia a redondear las cifras en 0 y 5.
- El individuo deberá estar tranquilo, en un ambiente relajado, sin haber estado expuesto a stres, tabaco o ejercicio. Conviene que haya evacuado previamente la vejiga.
- Se debe calibrar periódicamente el esfigmomanómetro.

OSCILOMETRIA

DEFINICION:

Medición de la T.A. basada en la oscilación de la pared de las arterias al ser comprimidas en un punto.

OBJETIVO:

Valoración del flujo arterial.

MATERIAL NECESARIO:

- Camilla de exploración.
- Fonendoscopio.
- Oscilómetro esfigomanométrico de Pachón.
- Mesa de apoyo para el oscilómetro.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

- Explicar al paciente la técnica a realizar.
- Indicar la posición en la que deberá colocarse el paciente.

Ejecución de la técnica:

- Tomar la tensión arterial del individuo para conocer la TA sistólica.
- Adaptar el manguito en los diferentes puntos de interés:
 - Extremidad superior - brazo y muñeca
 - Extremidad inferior - parte alta del muslo
región inferior de la rodilla zona supra-
leolar.
- En cada caso, hinchar el manguito hasta que la aguja sobrepase la cifra de T.A. sistólica obtenida.
- Descender la aguja en cada cifra tensional y accionar la palanca del oscilómetro hasta que empiece a oscilar entre una o varias subdivisiones de la escala.
- Cada subdivisión corresponde a una unidad del INDICE OSCILOMETRICO y éste es la máxima amplitud de oscilación obtenida al ir bajando progresivamente la presión del manguito.

- Continuar accionando la palanca del aire hasta que la aguja deje de oscilar correspondiendo a la T.A. diastólica.
- Registrar en el lugar correspondiente:
 - La cifra sistólica (punto donde empieza a oscilar la aguja).
 - Índice oscilométrico (máxima amplitud de oscilación).

EXPLORACION DE LA SENSIBILIDAD VIBRATORIA

DEFINICION:

Técnica realizada para valorar la sensibilidad profunda.

OBJETIVO:

Valorar la sensibilidad profunda.

MATERIAL NECESARIO:

- Camilla de exploración.
- Diapasón de palas largas y de mediano grosor (121-156).

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

- Informar al paciente sobre la técnica que se va a realizar y explicarle que debe relajarse lo máximo posible.
- Indicar al paciente que se coloque en decúbito supino con las extremidades inferiores al descubierto.

Ejecución de la técnica:

- La exploración se realiza en las prominencias óseas maléolo interno y externo.
- Hacer vibrar el diapasón con un golpe seco en una superficie dura.
- Pedir al paciente que nos confirme si nota o no la vibración y que nos avise cuando deje de notarla.
- Anotar los resultados en la Historia Clínica del usuario/a.

ELECTROCARDIOGRAMA

DEFINICION:

Trazado gráfico de la actividad eléctrica del corazón.

OBJETIVO:

Proporcionar el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón.

MATERIAL NECESARIO:

- Electrocardiograma.
- Camilla.
- Algodón.
- Alcohol o pasta conductora.
- Rasuradora.
- Tapas para ECG.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

- Informar al usuario sobre la prueba que se va a realizar, aún en el caso de que ya haya sido sometido a otros ECG.
- Procurar que el usuario se relaje al máximo para favorecer un resultado más exacto.
- Indicar al usuario que se retire todos los objetos metálicos (pulseras, reloj, etc.).
- El usuario deberá colocarse en decúbito supino, con las piernas algo separadas y los brazos a cada lado del cuerpo.
- Cuidar su intimidad cubriéndole con una sábana.

Ejecución de la técnica:

- Preparar los sensores y colocarlos en muñecas y tobillos, en la parte anterior distal del antebrazo y en la parte distal lateral interna de la pierna.
- Colocar entre el sensor y la piel un algodón empapado en alcohol o pasta conductora.
- Acoplar los sensores de las derivaciones de los miembros a las correas del sensor.

- Procurar que las gomas ajusten pero no aprieten.
- Conectar los sensores con los cables pertinentes:

R.A. color ROJO	= Muñeca derecha
L.A. color AMARILLO	= Muñeca izquierda
R. L. color NEGRO	= Tobillo derecho
L. L. color VERDE	= Tobillo izquierdo

(Ver ANEXO - 4)
- Verificar los parámetros antes de iniciar el ECG:

Velocidad = 25 mm/s Voltaje = 10 mv

En caso de utilizar otros parámetros, especificarlo en el registro.
- Una vez obtenidas las derivaciones de los miembros (I, II, III, AVr, AV1, AVf), proceder a la obtención de las precordiales (V1, V2, V3, V4, V5, V6). Para lo que deberá utilizar el sensor de la derivación precordial que se irá colocando en (Ver ANEXO - 5):
 - V1. 4° espacio intercostal, lado derecho, borde paraesternal.
 - V2. 4° espacio intercostal a la izquierda del esternón.
 - V3. entre V2 y V4.
 - V4. 5° espacio intercostal línea media clavicular.
 - V5. 5° espacio intercostal línea axilar anterior.
 - V6. 5° espacio intercostal línea axilar media.
- Retirar los sensores desconectando los cables de las derivaciones.
- En caso de haber utilizado pasta conductora, retirar los restos que puedan haberse depositado en el sensor o en la piel del individuo.
- Una vez finalizada la técnica registrar en las tapas del ECG: el nombre del paciente, su clave personal, nombre de su médico de cabecera, fecha y hora de realización.

OBSERVACIONES:

- Peculiaridades en niños:
 - a) Realizar las derivaciones precordiales (V3, V4, V6) del lado derecho.
 - b) Realizar las derivaciones del lado izquierdo a 1/2 mv.

c) Ejemplo:

I, II, III, AVR, AVL, AVF

V1, V2, V3d, V4d, V6d.

1 mv.

V2, V3, V4, V5, V6

1/5 mv.

- Ante un paciente con amputación de algún miembro colocar el sensor en el muñón.

TECNICAS TERAPEUTICAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

ADMINISTRACION PARENTERAL DE MEDICAMENTOS

DEFINICION:

Administración de medicamentos en forma de solución o suspensión mediante inyección. Existen diferentes formas de administración: intradérmica (ID), subcutánea (SC), intramuscular (IM) e intravenosa (IV ó EV).

OBJETIVO:

Administrar medicamentos cumpliendo los cinco pasos correctos:

- medicamento correcto
- dosis correcta
- vía de administración correcta
- horario de administración correcto
- paciente correcto.

MATERIAL NECESARIO:

- Torundas con alcohol o antiséptico de aplicación tópica.
- Jeringas desechables de 2, 5, 10, 20 cc.
- Agujas de distintos calibres.
- Smark para inyección IV.

METODOLOGIA DE LA TECNICA:

Preparación del paciente:

- Explicar al paciente la técnica que se le va a realizar. Indicarle la manera en la que puede colaborar según el tipo de administración parenteral, la edad y su capacidad de comprensión.
- Investigar siempre posibles alergias medicamentosas.

Preparación del medicamento:

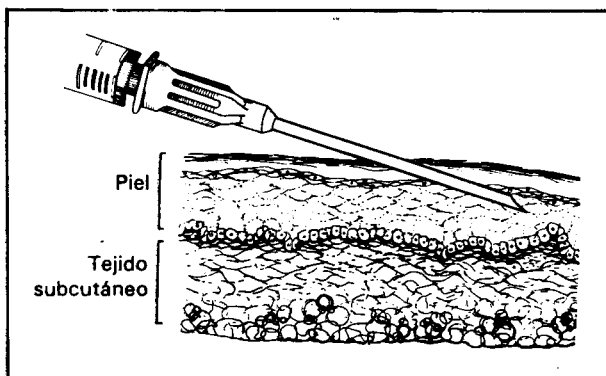
- Comprobar en la hoja de orden de administración.
- Verificar que la etiqueta del fármaco corresponde al indicado en la hoja de órdenes.
- Si no está familiarizado con el medicamento leer el prospecto.

- Comprobar la fecha de caducidad del fármaco, mirar al trasluz por si se observara alguna alteración en la solución.
- Si el fármaco está presentado en vial, limpiar el tapón con una torunda de alcohol e introducir con la jeringa la misma cantidad de aire que de fármaco a extraer.
- Coger el frasco con la boca hacia abajo e introducir la aguja en la solución prescrita.
- Si el fármaco se encuentra en una ampolla desprender la parte superior con sumo cuidado para no cortarse, si fuera necesario se utilizará serreta.
- No se administrarán medicamentos mezclados sin consultar previamente una tabla de incompatibilidades, y se desecharán siempre que se observe cambio de color o precipitación.

Técnica:

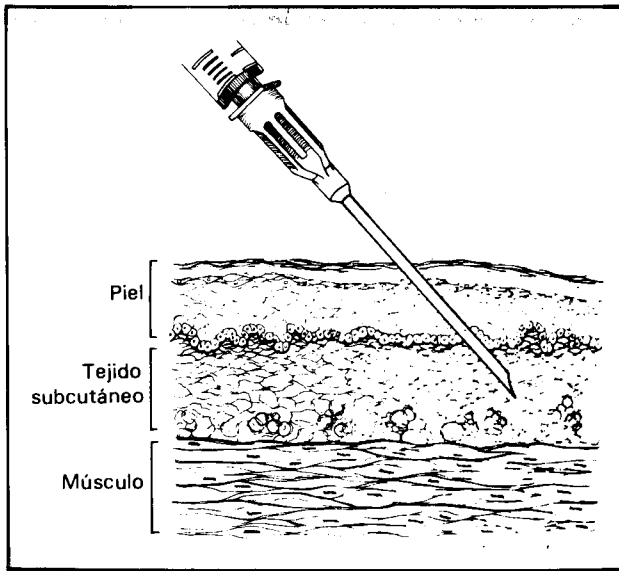
1) INYECCION INTRADERMICA

- Indicada para obtener efectos locales más que sistémicos del medicamento (p.e. prueba de la tuberculina, anestesia local,...).
- Se aplica en las capas situadas inmediatamente bajo la superficie de la piel. El lugar más frecuente de inyección es la cara anterior del antebrazo.
- Se utilizan volúmenes muy pequeños de solución (0.1-0.3 ml).
- Desinfectar la piel con alcohol haciendo movimientos circulares y del centro a la periferia.
- Introducir el bisel de la aguja hacia arriba formando un ángulo de 15° , la aguja se situará en la parte más externa de la piel.
- Aspirar comprobando que no se ha introducido la aguja en una vena.
- Inyectar la solución, observar que se produzca un pequeño habón.



2) INYECCION SUBCUTANEA O HIPODERMICA

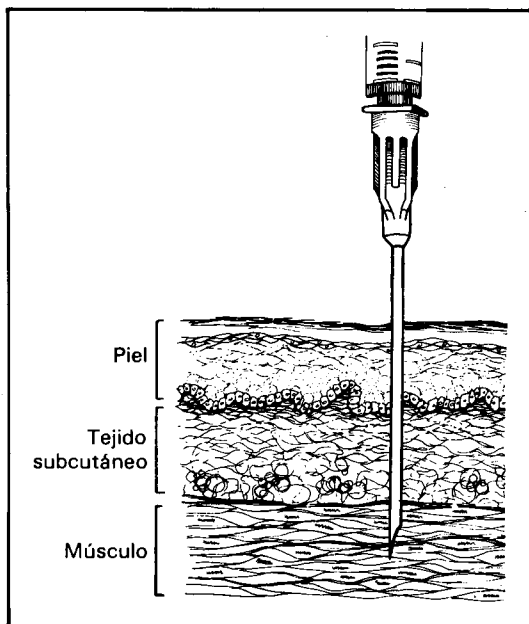
- Se aplica en el tejido conectivo laxo.
- Se utiliza para pequeñas cantidades de sustancias (0.5.-1.0 ml), muy solubles.
- Elegir el lugar de punción y desinfectar con alcohol, con movimientos circulares y del centro a la periferia.
- Elevar el tejido subcutáneo apretándolo ligeramente hacia arriba en forma de cojín.
- Introducir la aguja en ángulo entre 30 y 90°. Una vez introducida la aguja soltar el pliegue del tejido.
- Tirar con el émbolo hacia atrás para comprobar que no se ha puncionado ningún vaso.
- Retirar la aguja con un movimiento rápido, dar un pequeño masaje con una torunda mojada en alcohol.



3) INYECCION INTRAMUSCULAR

- Se administra en los músculos, está indicada para cantidades de hasta 5 cc., se utiliza cuando se desea una absorción más rápida que por la vía subcutánea o bien cuando es irritante para el tejido subcutáneo o peligrosa si se inyecta en la vena.
- La técnica en Z es especial para sustancias irritantes o colorantes que se infiltren hacia los tejidos subcutáneos.
- Indicar al paciente la posición adecuada y que inspire profundamente antes de introducir la aguja.
- Elegir el lugar de punción alejado de grandes vasos y troncos nerviosos. Normalmente el cuadrante superior y externo de los glúteos; cara entero-lateral del muslo; o cara anterior del muslo.
- Desinfectar la piel con alcohol y mediante movimientos circulares del centro a la periferia.

- Introducir con firmeza la aguja con un ángulo de 90° , conectar la aguja con la jeringa y tirar del émbolo de la jeringa para comprobar que no se ha puncionado ningún vaso.
- Inyectar el medicamento lentamente y retirar la aguja con un movimiento rápido. Dar un masaje sobre la zona durante unos segundos, si existe sangrado aplicar presión durante 15 o 30 segundos.



Técnica en Z.

- El lugar adecuado de punción para esta técnica es el cuadrante superoexterno del glúteo mayor.
- Comprimir el tejido subcutáneo y desplazarlo hacia un lado antes de inyectar.
- Introducir la aguja mientras se mantiene la piel desplazada, inyectar el medicamento.
- Espere unos segundos después de retirar la aguja y antes de liberar el tejido.
- NO aplicar masaje.

EN NIÑOS:

- Lugares de punción más frecuentes:
Lactantes: cuadrante superior externo del muslo
Preescolares: dorso del glúteo
cara ventral del glúteo
deltoides, en niños más mayores.

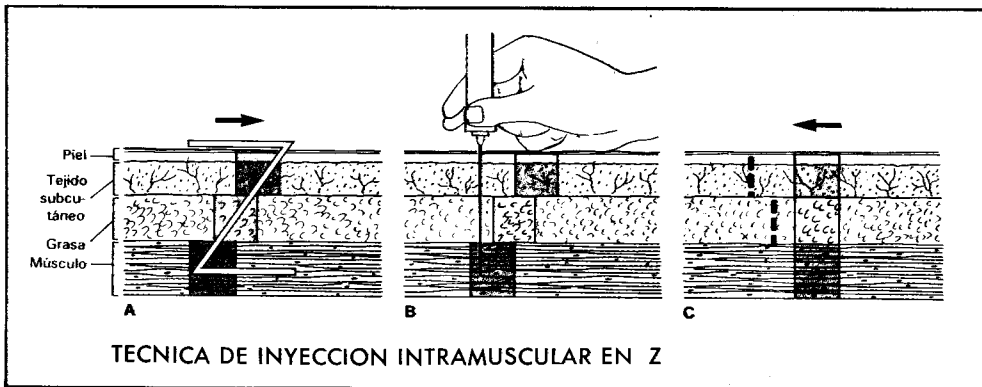
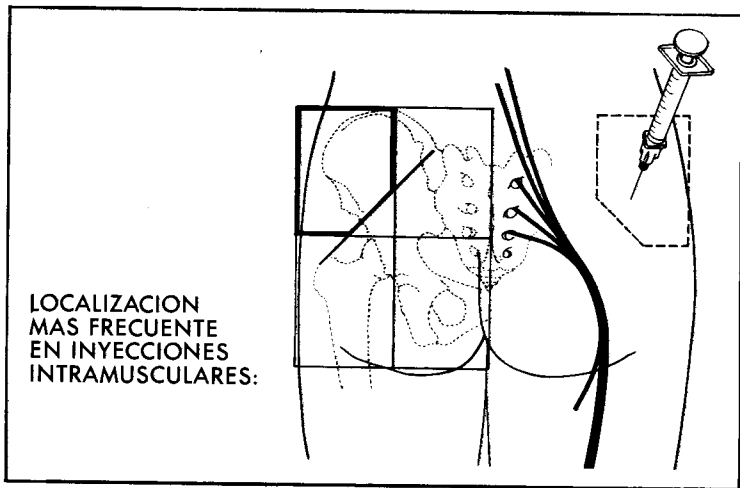
No se aplicarán inyecciones IM en las nalgas excepto si el niño/a anda desde hace al menos un año.

- Si es posible se hará participar al niño y si es necesario se le inmovilizará.
- En niños/as pequeños se le cojerá la masa muscular del muslo con una mano y se inyectará con la otra.
- Aspirar para comprobar que no se ha puncionado un vaso.
- Administrar la solución con una presión constante.
- Aplicar presión suave durante unos segundos.

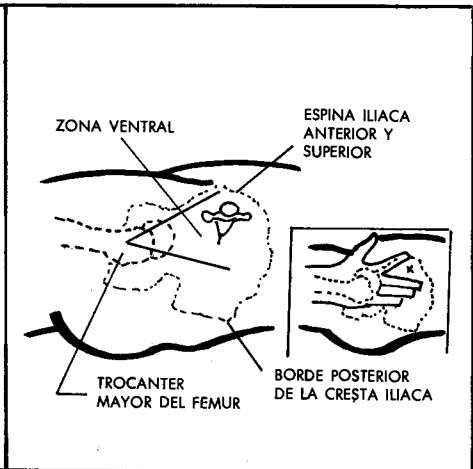
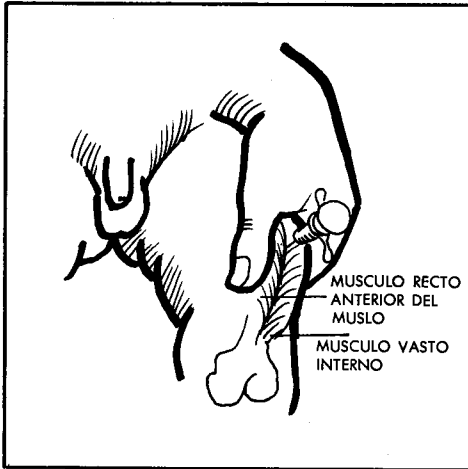
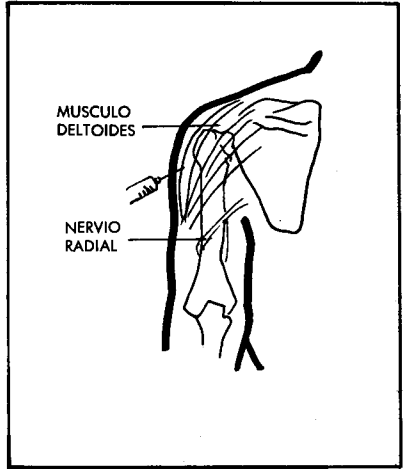
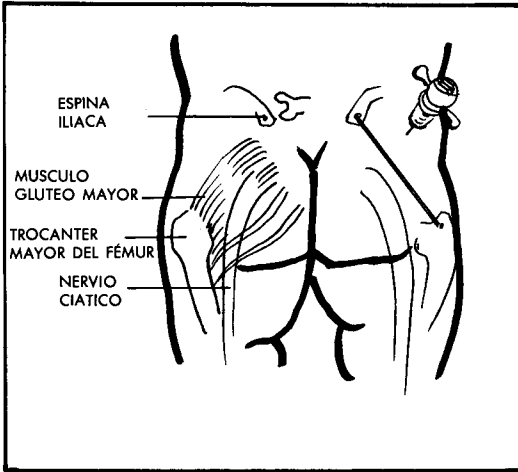
4) INYECCION ENDOVENOSA

Revisar si está indicada la administración de dicho medicamento directamente en vena.

- Desinfectar la piel mediante alcohol u otra solución antiséptica.
- Colocar el smark unos cm. por encima del lugar de punción, realizar la venopunción, aspirar para comprobar que la aguja está en vena; soltar el torniquete e inyectar la medicación muy lentamente. Aspirar con frecuencia para verificar que la aguja permanece en vena.
- Una vez introducida la solución retirar la aguja y realizar presión durante unos segundos.



Zonas de punción intramuscular en niños



SONDAJE VESICAL

DEFINICION:

Técnica invasiva no traumática que consiste en introducir una sonda por el meato urinario.

OBJETIVO:

Conseguir la eliminación de la orina.

MATERIAL NECESARIO:

- Guantes desechables y estériles.
- Gasas no estériles y estériles.
- Jabón líquido.
- Agua tibia.
- Cuña o batea.
- Pinza Kocher.
- Sonda urinaria.
- Lubricante urológico.
- Jeringa de 10 cc.
- Ampolla de suero fisiológico.
- Bolsas de diuresis.
- Soporte para bolsa.
- Tapón de cierre para sonda.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del personal:

Lavado quirúrgico de manos (ver ANEXO - 1.).

Preparación del material:

Ver material necesario.

Preparación del paciente:

- Informar de la técnica que se va a realizar y tranquilizar al paciente, proporcionándole la intimidad necesaria para la realización de la técnica.
- Indicar al paciente la posición en que debe situarse, preferiblemente en decúbito supino.

Ejecución de la técnica:

1ª FASE - Limpieza de la zona:

- Ponerse guantes desechables y realizar la limpieza de los genitales con agua y jabón, prestando especial atención al meato urinario.
En varones lavar minuciosamente el prepucio y el glande.
- Secar los genitales con gasas estériles y aplicar un antiséptico sobre la zona (tipo Povidona yodada).

2ª FASE:

- Lavado de manos.
- Colocarse los guantes estériles.
- Colocar la talla estéril.
- Lubricar la sonda con lubricante urológico.

EN MUJERES: Separar los labios mayores e introducir lentamente la sonda en el meato hasta que fluya la orina.

EN VARONES: Retirar el prepucio, colocar el pene en posición vertical e introducir lentamente la sonda. Cuando se haya introducido 7-8 cm. poner el pene en posición horizontal, hasta que la orina fluya.

En ambos casos conectar la sonda a la bolsa, e hinchar el balón con 10 cc. de suero fisiológico.

Educación al paciente y/o familia

- Señalar la importancia de ingerir como mínimo 1,5 a 2 litros de líquidos diarios.
- Advertir que la sensación de molestia y ardor posterior a la colocación de la sonda es normal, que en caso de persistir deberá avisar al profesional.
- Enseñar a:
 - Limpiar la sonda y región perianal como mínimo una vez al día.
 - Cambiar la bolsa de diuresis.
 - Colocar la bolsa en la altura adecuada, nunca a un nivel superior a la vejiga.
 - Sospechar obstrucción de la sonda (cuando el individuo se sienta molesto y no fluya orina a la bolsa) y a proceder al lavado vesical.

- Registrar la actividad realizada en la Historia del paciente.

OBSERVACIONES:

- Comprobar el funcionamiento del globo de la sonda antes de su colocación.
- En caso de sondaje por retención, una vez eliminados los primeros 500 cc., realizar pinzamientos intermitentes.
- Mantener la bolsa por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos.

SONDAJE NASOGASTRICO

DEFINICION:

Técnica invasiva no traumática, que consiste en introducir una sonda por el orificio nasal hasta llegar al estómago.

OBJETIVO:

Aspirar o eliminar el contenido gástrico.
Establecer una vía de alimentación.

MATERIAL NECESARIO:

- Guantes desechables.
- Lubricante.
- Sonda nasogástrica del calibre adecuado.
- Jeringa de 50 cc.
- Fonendoscopio.
- Método de fijación (esparadrapo, venda).
- Pinzas de Magil.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

- Explicarle al paciente la maniobra que va a realizar intentando conseguir el máximo grado de participación.

Decirle que cuando note la sonda en la faringe (detrás de la lengua) realice maniobras de deglución facilitando así el avance de la sonda.

- Indicar al paciente la posición más adecuada para realizar la técnica, a ser posible, en posición de Fowler.

Preparación del material necesario:

Preparación del personal:

Colocación de guantes.

Ejecución de la actividad:

- Medir con la sonda la distancia que hay desde el lóbulo de la oreja del paciente hasta la punta de su nariz y la distancia desde el lóbulo de la oreja al final de la apófisis xifoides, con el fin de determinar la longitud de sonda que debe introducir.

- Si el paciente es un niño, medir desde el lóbulo de la oreja hasta la nariz y desde el lóbulo de la oreja hasta el punto medio entre el ombligo y la apófisis xifoides.
- Lubrificar la sonda unos 15 cm de la parte distal y enrollar la parte proximal entre los dedos para facilitar la maniobra.
- Introducir la sonda en la fosa nasal y avanzar con suavidad pero con firmeza hacia la parte posterior de la nasofaringe, dirigiéndola hacia la oreja.
- Aconsejar al paciente la realización de una ligera flexión-anterior de la cabeza (así se cierra la traquea y se abre el esófago) y la realización de movimientos de deglución, mientras se introduce la sonda hasta el estómago.
- Comprobar la colocación de la sonda introduciendo 50 cc. de aire con la jeringa a través de la sonda a la vez que se ausculta con el fonendo la región epigástrica, si la colocación es correcta se auscultará la entrada de aire.

Educación al paciente y/o familia.

- Cuando se trate de una SNG en un periodo prolongado, enseñar a:
 - Limpiar los orificios nasales, como mínimo una vez al día.
 - Cambiar la fijación de la sonda diariamente para prevenir necrosis por presión.
 - Movilizar la sonda diariamente para evitar úlceras gástricas, retirando o introduciendo la SNG 1 cm.
 - Administrar los alimentos lentamente e introducir una jeringa con agua antes y después de la administración de alimentos para limpiar la sonda.
- Registrar la actividad en la historia clínica del paciente.

OBSERVACIONES:

- Si al introducir la sonda hay resistencia en algún punto interrumpir el procedimiento. Retirar la sonda. Lubrificar de nuevo e intentarlo por la otra fosa nasal.

- Si el paciente presenta náuseas durante el procedimiento, dejar de avanzar la sonda y aconsejar que respire profundamente varias veces o bien darle un poco de agua.
- Mirar en el interior de la boca por si la sonda se hubiera enroscado en su garganta, si es así retirarla ligeramente y proseguir con la técnica.

CATETERISMO POR VIA PERIFERICA

DEFINICION:

Técnica invasiva traumática que consiste en el cateterismo venoso para la administración de líquidos.

OBJETIVO:

Canalización de una vía periférica para administrar líquidos con fines terapéuticos.

MATERIAL NECESARIO:

- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Batea.
- Equipo de goteo.
- Antiséptico tipo Povidona iodada al 10%.
- Soporte de goteo.
- Paño estéril.
- Compresor o smark.
- Solución a perfundir.
- Cateter.
- Esparadrapo o tiras de sujeción.
- Apósito.
- Llaves de doble paso.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Recogida de Información: estado general del paciente, su edad, tipo y cantidad de líquido a perfundir, tiempo de mantenimiento de la vía de perfusión, y frecuencia de la misma.

Preparación del paciente:

- Valorar el estado general del paciente.
- Tranquilizarle e informarle sobre la técnica que se va a realizar.
- Indicar al paciente que se coloque en posición adecuada, generalmente decúbito supino.

Preparación del material:

Valorar el tipo de material necesario (tipo de cateter, calibre, etc.).

Ejecución de la técnica:

- Adaptar el equipo a la solución a perfundir, conectar el tubo de conexión y purgarlo. Colgar en el soporte de goteo.
- Elegir la zona a puncionar.
- Limpiar la zona con agua y jabón.
- Colóquese los guantes estériles y preparar el campo estéril.
- Desinfectar con solución antiséptica, tipo Povidona yodada al 10%, la zona a puncionar.
- Colocar el Smark unos 20 cm. por encima de la zona a puncionar.

Según el sistema elegido, siga uno u otro procedimiento:

SISTEMA PALOMITA

- Cuando la vena esté dilatada, inmovilizar sujetándola con el dedo pulgar y traccionando la piel hacia abajo.
- Si la zona elegida es la muñeca, para facilitar la punción indicar al individuo que la flexione.
- Colocar la aguja en dirección del flujo sanguíneo y sostener formando un ángulo de 45° con la piel.
- Mantener el bisel de la aguja hacia arriba.
- Puncionar sujetando la palomita cerrando sus alas, perforar la piel del paciente a un lado de la vena 1.5 cm. por debajo del lugar elegido.
- Reducir el ángulo progresivamente, hasta notar mayor resistencia al alcanzar la vena.
- Mirar si fluye la sangre para confirmar que se ha puncionado la vena.
- Retirar el smark.
- Continuar avanzando hasta que esté bien introducida.
- Empezar a perfundir.
- Inmovilizar la palomita.

SISTEMA INTRACATETER - (Venocath')

- Seguir el mismo procedimiento que con sistema de palomita hasta canalizar la vena.
- Cuando la aguja está correctamente emplazada, empujar el tapón de control de flujo hacia el adaptador hembra para evitar que la sangre se derrame fuera del cateter.

- Retirar el smark, avanzar el cateter hacia el interior de la vena, sujetando el adaptador con una mano para estabilizar la aguja. Con la otra mano coger el cateter por la funda protectora de plástico e introducir suavemente y muy despacio en la vena.
- Una vez introducido y haberse cercionado de estar canalizada la vena retirar el fiador.
- Realizar presión suavemente con una gasa estéril sobre la zona de punción durante un minuto para prevenir la formación de hematoma.
- Colocar el protector de la aguja, cerrarlo y retirar el cuello del cateter.
- Deslizar hacia atrás la cubierta del bisel a lo largo del cateter hasta introducirlo y ajustar el adaptador.
- Colocar una gasa estéril bajo el adaptador y conectar con el equipo.
- Verificar que fluye la solución y fijar el cateter.

SISTEMA CATETER SOBRE AGUJA - (Abocath')

- Proceder como en los otros dos sistemas hasta asegurar que la cánula está bien colocada. Retirar el smark.
- Retirar la aguja ejerciendo una ligera presión sobre la piel para evitar el sangrado.
- Conectar el adaptador del sistema de perfusión al cateter.
- Dejar fluir la solución durante unos segundos para asegurarse de la correcta colocación.

En todos los sistemas utilizados:

- Aplicar antiséptico sobre el lugar de punción.
- Fijar el cateter mediante el método de Chevron o fijación cruzada.
- Cubrir con apósito estéril.
- Registrar en la historia clínica del paciente.

PERCUSION - VIBRACION (CLAPPING)

DEFINICION:

Maniobra mixta realizada en fisioterapia respiratoria, consistente en la combinación de la percusión repetida del tórax (con las palmas de las manos) y la vibración (bien con las manos o con un vibrador).

PERCUSION - movimiento rítmico y de contacto discontinuo en la piel del paciente realizado con las manos abiertas y los dedos ligeramente flexionados y huecados. Las muñecas realizan movimientos de flexión-extensión alternativamente.

VIBRACION - Técnica utilizada para la aplicación manual o mecánica de movimientos sucesivos de presión y vibración breves y constantes, sobre la pared torácica durante la fase espiratoria.

OBJETIVO:

Desprender y desplazar las secreciones de los bronquios periféricos hacia los de gran calibre.

MATERIAL NECESARIO:

- Talla o toalla.
- Almohadones.
- Vibrador (no necesariamente).

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

- Informar al paciente sobre la técnica a realizar.
- Indicarle que se coloque en la posición adecuada según la zona a drenar. (ver ANEXO - 5).
- Colocar sobre el tórax del paciente una talla para no hacer el masaje directamente sobre la piel, el contacto puede ser doloroso o molesto y el paciente puede reaccionar realizando contracturas de defensa.

Ejecución de la técnica:

- La técnica de Clapping se iniciará con dos o tres minutos de roce profundo ascendente, directamente sobre el tórax del paciente.

- A continuación, realizar el masaje de vibración percusión, a un ritmo de una palmada por segundo (evitar el movimiento brusco y violento), siguiendo así mismo, una línea ascendente. El masaje se realizará aprovechando el momento de la espiración.
- La duración del masaje sera entre 7 y 10 minutos para cada hemitórax.
- Al finalizar, haremos toser al paciente, al mismo tiempo que le ayudamos presionando el tórax con nuestras manos, para lograr así la máxima secreción bronquial.

OBSERVACIONES:

- La pauta a seguir es realizar este masaje por lo menos dos veces diárias, pero su ejecución, dependerá siempre de la evolución del cuadro respiratorio por parte del paciente.
- Evitar la percusión en zona renal, columna vertebral, zona de lesión cutánea o zonas con fractura.

VENDAJES; GENERALIDADES

DEFINICION:

Aplicación de una tira larga de tela (vendas) en una parte corporal, con fines terapéuticos.

OBJETIVO:

- Limitar la movilidad.
- Fijar férulas y/o apósitos.
- Proporcionar sujeción, compresión y/o protección de las zonas lesionadas.
- Evitar hemorragias, reducir éstasis venoso, aumentar la circulación, prevenir posibles infecciones, etc. dependiendo del tipo de vendaje.

MATERIAL NECESARIO:

- Vendas de diferentes tamaños y tipos (elásticas, adhesivas, etc.)
- Material de fijación (esparadrapos).
- Material de protección (tipo Softbam, celulosa, algodón).

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del personal:

Lavado de manos. Situar-se frente a la zona a la cual va a realizarse el vendaje.

Preparación del paciente:

- Informar al paciente de la técnica a realizar, indicar la posición para efectuar el vendaje.

Ejecución de la actividad:

- Elegir el vendaje más apropiado a la zona lesionada y al tipo de lesión (ver ANEXO - 6).
- Limpiar la zona a vendar y proteger las zonas lesionadas, prominencias y huecos.
- Iniciar el vendaje tomando el rollo con la mano derecha y con la izquierda sujetar el cabo inicial, la venda se irá colocando de izquierda a derecha.
- Realizar el vendaje desde la zona distal hacia la proximal y de la cara interna a la externa.

- Aplicar a lo largo de todo el vendaje una presión uniforme, y siempre superponiendo la vuelta que se está dando a la anterior.

OBSERVACIONES:

- Enseñar al paciente a vigilar signos de alteración neurovascular: frialdad, eritema, cianosis, hormigueo, dolor y edema.
- Evitar el contacto de dos superficies cutáneas (mamas, axilas...) para prevenir maceración y/o ulceración de la piel.
- El vendaje deberá ser seguro, durable y limpio, y de presión constante.

VACUNACION ANTITETANICA

DEFINICION:

Inmunización frente al "Clostridium tetani" mediante la inoculación del toxoide tetánico.

OBJETIVO:

Prevención de infección por C. Tetani.

MATERIAL NECESARIO:

- Vacuna antitetánica (ampollas monodosis o viales de 5 cc.)
- Jeringa de 1 cc. milimetradas con aguja de 16.5.
- Registros: Tarjetas, fichas y partes de vacunación. Hojas de registro.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

Explicar al paciente lo que se va a realizar, y cual es el objetivo de la vacunación.

Ejecución de la técnica:

- Inocular mediante técnica de inyección subcutánea o intramuscular, 0.5 cc. de vacuna antitetánica en la zona deltoidea (V deltoidea). Secar con algodón.
- Registrar los datos que se solicitan en las hojas de registro en curso. Archivar la tarjeta de vacunación antitetánica.
- Entregar la tarjeta de vacunación al usuario después de su adecuada cumplimentación:
 - Fecha de la dosis administrada.
 - Fecha de las siguientes dosis (la 2ª al mes, la 3ª al año, y una dosis de recuerdo cada 5-10 años).
- Explicar al usuario la importancia en el seguimiento de la vacuna para una correcta inmunización.
- Insistir que evite el rascado y la larga exposición al calor en la zona de punción.

OBSERVACIONES:

- No aplicar alcohol (o dejar secar) en la zona de punción.
- El embarazo no constituye una contraindicación de la inmunización.
- Toda inmunización previa debe ser rigurosamente controlada por prueba documental. Si ello no es posible debe considerarse al paciente no inmunizado.
- La "alergia" a la inmunización anterior suele deberse a la administración de sueros heterólogos.
- Advertir al paciente de la posible reacción local en la zona de inyección. Dar consejos para disminuir la inflamación.

ATENCION DE ENFERMERIA ANTE SITUACIONES DE URGENCIA

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE UN ENVENENAMIENTO

OBJETIVOS:

- Neutralizar el veneno.
- Prevenir complicaciones.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Informar al paciente de lo que se le va a realizar.
- Valorar el estado general, constantes vitales.

Ejecución de la técnica:

- Retardar la absorción del veneno mediante colocación de un torniquete de compresión venosa por encima de la mordedura.
- Inmovilizar la extremidad afectada.
- Prevenir o disminuir los efectos del veneno:
 - Colocar vía venosa si se sospecha posible aparición de shock.
 - Administrar fármacos según prescripción médica.
- Neutralizar el tóxico:
 - Picaduras de araña de mar - inmersión inmediata de la zona afectada en agua caliente ya que la toxina es termolábil.
 - Serpientes venenosas - aplicar sueros específicos con antídotos.
- Prevenir complicaciones:
 - Profilaxis antitetánica y antirrábica.
 - Tratamiento sintomático del dolor, vómitos y convulsiones.
- Administrar antibiótico, según prescripción médica.
- Trasladar al hospital si fuera necesario.
- Registrar en historia clínica del paciente.

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE MORDEDURAS

OBJETIVO:

Evitar la proliferación de microorganismos teniendo especial atención al tétanos y rabia.

MATERIAL NECESARIO:

- Ver curas generalidades.
- Toxoide antitetánico y suero antirrábico.
- Jeringas.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del material:

Ver curas generalidades.

Preparación del personal:

Lavado y desinfección de manos.

Preparación del paciente:

- Obtener información acerca de quien produjo la mordedura (persona, animal doméstico u otros); estado vacunal del individuo y del animal (si es doméstico).

Ejecución:

- Examinar cuidadosamente la herida.
- Limpieza y aseptización de la herida (cloruro de bezoalcanio -Armil-), desbridar si fuera necesario.
- No suturar salvo prescripción facultativa.
- Aplicar fármacos tópicos según tipo de herida, y prescripción médica.
- Colocar apósito adecuado.
- Administrar toxoide tetánico, si precisa.
- Administrar profilaxis antirrábica y antibioticoterapia según prescripción médica.

Estado del animal en el momento de la agresión	Tratamiento		
	No hay herida	Herida leve	Herida grave *
Sano	Ninguno	Ninguno ¹	S ¹
Sospechoso de padecer rabia	Ninguno	V ²	S+V ²
Huído	Ninguno	V	S+V
Rabioso	Ninguno	S+V	S+V

• Se estima como grave toda herida profunda o múltiple, así como las mordeduras en la cabeza, cara, cuello y manos.
 S = Sueroterapia.
 V = Vacunación.
¹ = Comenzar la vacunación al primer signo de rabia del animal durante su período de observación, que debe durar de 7 a 10 días.
² = Suspender la vacunación si el animal se muestra sano a los 5 días de observación y si se demuestra la ausencia de signos de rabia en el exámen patológico, si el animal fue matado en el momento de la agresión.
 Public Heatch Service Advisory Committe, Morbidity and Mortality Weekly Report, 1967.

- Establecer seguimiento y control según normas del centro.
- Registrar en Historia Clínica del paciente.

OBSERVACIONES:

En nuestro medio se considera "oficiosamente" erradicada o inexistente la rabia.

EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN FOSAS NASALES

OBJETIVO:

Conseguir la repermeabilización de las vías aéreas.

MATERIAL NECESARIO:

- Espéculo nasal.
- Pinzas de bayoneta.
- Pinzas nasales.
- Mosquito curvado.
- Linterna.
- Torundas.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

- Explicar al paciente el procedimiento a seguir, que sentirá molestias pero no dolor y que puede producirse una pequeña hemorragia.
- Indicar al paciente que esté sentado con la cabeza hacia atrás.

Ejecución de la técnica:

- Insertar el espéculo con las hojas cerradas en la fosa nasal.
- Abrir lentamente una torunda humedecida en anestésico local, dejarla actuar durante 10 minutos.
- Examinar la cavidad nasal.
- Eliminar las secreciones mediante aspiración.
- Si se observa el cuerpo extraño extraer con precaución mediante:
 - Pinza nasal (si es algodón, papel...).
 - Gancho romo de ángulo recto (garbanzo...).
- Examinar de nuevo la cavidad nasal, si existe hemorragia aplicar compresa nasal y retirar el espéculo.
- Registrar en historia clínica del paciente.

OBSERVACIONES:

Explicar al paciente que la hinchazón permanecerá durante unos días y que si el sangrado persiste más de 24 h. o es excesivo vuelva al centro.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TAPONES DE CERUMEN

OBJETIVOS:

Limpiaar el conducto auditivo de cerumen.

MATERIAL NECESARIO:

- Batea "riñonera"
- Otoscopio con diferentes conos.
- Jeringa metálica de 100 cc. o jeringa desechable.
- Pinzas de bayoneta.
- Ebullicdor.
- Toalla.
- Agua destilada.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Explicar al individuo lo que se le va a hacer y las molestias que puede sentir.
- Invitar al paciente a que comunique si nota dolor, náuseas o vértigo al realizar la técnica.
- Examinar el canal auditivo mediante otoscopio para la localización del tapón y/o cuerpos extraños:
 - Situar el cono del otoscopio en la entrada del conducto, estirando el pabellón de la oreja hacia atrás y hacia arriba.
 - Si existe cuerpo extraño avisar al médico.
 - Si existe tapón de cerumen proceder a irrigación.

TECNICA DE IRRIGACION

- Calentar agua en el ebullicdor hasta 36-37° C.
- Proteger la ropa del paciente con una toalla.
- Comprobar la temperatura del agua y cargar la jeringa.
- Pedir al paciente que sujete la batea riñonera debajo del oído a irrigar y que incline ligeramente la cabeza hacia el lado contrario de la oreja a irrigar.
- Aplicar la jeringa en la entrada del oído, rectificando el conducto, es decir estirando el pabellón hacia el techo del conducto auditivo.

- Introducir agua a presión en el conducto auditivo.
- Examinar durante la técnica al paciente en busca de dolor, náuseas, o vértigo.
- Interrumpir el procedimiento periódicamente para reexaminar el tapón de cera.
- Concluir la irrigación cuando se haya extraído por completo el tapón o comprenda que no puede extraerlo.
- Anotar en la historia del paciente el procedimiento realizado, incluyendo cantidad de solución utilizada, la tolerancia del paciente al procedimiento y los resultados de la irrigación.
- Explicar al paciente que pueden persistir durante unos días la sensación de hipoacusia o de ocupación debida a los posibles restos de agua.

OBSERVACIONES:

- No efectuar una irrigación en un oído con perforación de tímpano o si se sospecha una otitis externa (enrojecimiento, supuración...).
- Ante una otoscopia extraña, antes o después de la irrigación avisar al médico para que la valore.
- Suspender inmediatamente la irrigación si es dolorosa o si el paciente manifiesta vértigo o mareos.
- Si el usuario es un niño/a, para realizar la irrigación debe tirarse con cuidado del pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás.
- Para facilitar la técnica es importante que dos días antes de su realización, el paciente se instile algún tipo de gotas óticas con compuesto ceruminolítico o aconsejar que diluya al 50% agua hervida y agua oxigenada, instilándose un par de gotas tres veces al día.
- Advertir al paciente que no se limpie los oídos con aplicadores de punta de algodón ni objetos similares.

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UNA EPISTAXIS

OBJETIVO:

Parar la hemorragia nasal.

MATERIAL NECESARIO:

- Gasas.
- Compresas frías.
- Hielo.
- Tensiómetro y fonendo.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Tranquilizar y ayudar al paciente para que se relaje.
- Indicar al paciente que incline la cabeza ligeramente hacia adelante para evitar que trague sangre.
- Pedir al paciente que se apriete de forma firme y sostenida con una gasa las ventanas nasales durante 10 minutos.
- Aplicar compresas frías o hielo en la parte posterior del cuello, sobre el labio superior y el puente nasal.
- Pasados 10 minutos verificar si ha cesado la hemorragia. Si no ha cesado la hemorragia realizar un taponamiento nasal con gasas, asegurándose que parte de la gasa queda fuera para facilitar su extracción.
- Determinar los signos vitales (T.A., F.C., F.R.).
- Avisar al médico si existiera alguna anomalía o no se pudiera detener la hemorragia.
- Registrar los datos en la historia clínica.

OBSERVACIONES:

- No administrar antipiréticos o analgésicos que puedan aumentar la hemorragia (AAS).

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE QUEMADURAS TERMICAS

OBJETIVO:

- Iniciar la restauración de la volemia.
- Cura local de la zona quemada.
- Evitar la infección de la zona lesionada.
- Tratamiento del dolor que origina la quemadura.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Recoger información: momento de la quemadura, agente casual, lugar donde se produjo, medidas tomadas antes de llegar al Centro.

- Tranquilizar al paciente y explicarle lo que se le va hacer.
- Valorar el estado general del paciente.
- Valorar el estado de la quemadura: localización, extensión, profundidad (ver ANEXO - 7).
- Clasificar la quemadura:
 - si es grave o muy grave, avisar al médico.
 - Si es leve se puede dar atención en el centro.

Actuación en el lugar del accidente:

- Acostar al individuo y envolver en una manta, impedir que corra o que permanezca de pie.
- Traslado inmediato al centro u Hospital, si fuera necesario.
 - En quemaduras leves.
 - Sumergir la zona quemada en agua fría de 2-5 minutos disminuyendo así la formación de ampollas y el dolor.
 - Lavar la zona con agua jabonosa e irrigar con abundante agua o suero fisiológico.
 - Recubrir la zona quemada con gasas estériles o en su defecto paño limpio.
 - Trasladar al Centro para cura aséptica.
 - En quemaduras graves o muy graves, se avisará al médico.

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UNA REACCION ANAFILACTICA

OBJETIVO:

Evitar shock y/o parada cardiorespiratoria.

MATERIAL NECESARIO:

- Tensiómetro y fonendoscópio.
- Set de venoclisis.
- Set de intubación.
- Medicación específica (Adrenalina, antihistaminicos, otros).

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Tranquilizar al paciente y actuar con rapidez.
- Interrumpir el fármaco o sustancia que se está administrando.
- Examinar y valorar las vías aéreas y signos vitales.
- Avisar al médico y administrar:
 - Adrenalina 0.3-0.5 mg. vía SC o IM.Realizar otras actividades según indicación médica.

OBSERVACIONES:

- Explicar al paciente que evite todas las sustancias que puedan causarle reacción alérgica.
- Averiguar SIEMPRE antecedentes alérgicos ANTES de administrar medicamentos.
- Recomendar al paciente que lleve placa de identificación con los fármacos o sustancias que le producen hipersensibilidad.

REANIMACION CARDIO-RESPIRATORIA

OBJETIVOS:

- Mantener la respiración.
- Mantener la circulación.

MATERIAL NECESARIO:

- Carro de paros que debe contener:
 - Tubos de intubación, varios números y conexiones adecuadas a cada tubo.
 - Ambú con conexión y de dos tamaños: adultos y niños.
 - Pinzas de Pean y jeringas.
 - Pinzas de Magil.
 - Fiador.
 - Tubos de Mayo o Guedel.
 - Laringoscopio con palas de distintos tamaños.
 - Lubricante para el tubo.
 - Material de fijación del tubo (vendas y reston).
 - Jeringas de 20, 10, 5, 2 cc. y 1 cc. milimetradas.
 - Aguja, sobretodo IM y de calibre ancho 9/40 y EV.
 - Equipo de goteo.
 - Llaves de doble paso.
 - Sierras para abrir ampollas.
 - Cronómetro o reloj.
 - Cateteres endovenosos (Drum, subclavia, Venocath, Intranula) y palomitas de varios tamaños.
 - Gasas.
 - Smark.
 - Povidona iodada.
 - Apósitos.
 - Guantes.
 - Suero glucosados al 5%.
- Medicación:
 - Adrenalina.
 - Atropina.
 - Bicarbonato.
 - Cloruro cálcico.
 - Lidocaina.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Diagnosticar el paro:
 - Comprobar ausencia de pulso carotídeo o femoral.
 - Comprobar ausencia de respiración.
- Golpear en el precordio, con un golpe seco y fuerte.
- Avisar a más personal sanitario (médico, enfermeras...)
- Colocar al paciente en una camilla dura o en el suelo.

- Realizar las siguientes actividades:
- Ventilar:
 - Desostrar las vías (secreciones, dentadura postiza, vómitos...).
 - Colocar la cabeza en hiperextensión.
 - Colocar cánula de Guedel o tubo de Mayo.
 - Ventilar con ambú y mascarilla (oxígeno al 100%).
 - Preparar para intubación.
 - Ventilar a ritmo de 1 insuflación por cada 4 golpes de masaje.

- Realizar masaje cardíaco
 - Sobre apéndice xifoides, con la palma de una mano con los dedos hacia arriba y la otra mano apoyada sobre la primera.
 - La persona que realiza el masaje debe estar situado en su pelvis a la altura del tórax del paciente.
Con los brazos extendidos dejará caer todo el peso del cuerpo; si se doblan los brazos se pierde efectividad.
Se debe conseguir la depresión del tórax.
 - Realizar el masaje ininterrumpidamente, a ritmo de 4 golpes de masaje despues de cada insuflación, a una frecuencia aproximada de 60 por minuto.

- Instaurar vía venosa.
- Según prescripción médica administrar:
 - Bicarbonato 1 molar, 100 ml.
 - Tandas de Adrenalina cada 5 minutos.
 - Otras medicaciones por indicación médica.

- Avisar a una ambulancia y mandar al paciente al Hospital.
Llevar anotada la medicación que se le ha administrado y el tiempo que se le ha estado realizando reanimación cardio respiratoria.

OBSERVACIONES:

- Se interrumpirá la reanimación cardio respiratoria por decisión del médico.

CURAS

CURAS, GENERALIDADES

DEFINICION:

Conjunto de manipulaciones que se practican con fines terapéuticos sobre una zona lesionada o herida.

OBJETIVO:

- Facilitar la curación de la herida o lesión.
- Proporcionar una barrera contra la introducción de organismos infecciosos.

MATERIAL NECESARIO:

- Carro de curas o mesa de Mayo.
- Batea o riñonera.
- Set de curas.
- Guantes y tallas estériles.
- Esparadrapo antialérgico.
- Apósitos específicos.
- Vendas.
- Fármacos específicos.
- Suero fisiológico o salino.
- Agua oxigenada.
- Mascarilla.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del profesional:

- Limpieza y desinfección de manos (Ver ANEXO - 1) y recogida del cabello.

Preparación del material:

Ver material necesario.

Preparación del paciente:

- Informar al paciente sobre la actividad a realizar.
- Indicar al paciente que se coloque en la posición adecuada según la zona a curar.

Ejecución de la actividad:

- Retirar los medios de fijación del apósito.
- Realizar una ablación cuidadosa del apósito, si está muy pegado humedecer con agua oxigenada o suero salino.

- Retirar el apósito con una pinza de disección o guantes estériles con sumo cuidado, especialmente si existen drenajes.
- Examinar la herida: coloración de los tejidos, esfacelos, cicatrización, posibles signos de infección o inflamación, existencia de drenajes y aspecto del líquido drenado.
- Limpiar y aseptizar la herida mediante lavado mecánico con suero fisiológico y solución asepticante.
- Aplicar fármacos tópicos, según protocolo o aplicar técnicas auxiliares (ver ANEXO - 8).
- Colocar el apósito adecuado.
- Establecer seguimiento y control, según normas del centro.
- Registrar en historia clínica del paciente.

SUTURAS EN CURAS DE CIRUGIA MENOR

DEFINICION:

Cosido quirúrgico que se realiza para acercar o unir los bordes o extremos de una solución de continuidad en el área tisular sin afectación vascular, nerviosa o tendinosa importante.

OBJETIVOS:

Favorecer la cicatrización y devolver a su estado natural la zona afectada.

MATERIAL NECESARIO:

- Paños estériles y/o talla fenestrada estéril.
- Gasas estériles.
- Rasuradora.
- Suero fisiológico.
- Antisépticos (tipo Gluconato de clorhexidina o povidona iodada).
- Guantes estériles.
- Vendas.
- Esparadrapo.
- Bisturí.
- Tijeras.
- Porta agujas.
- Agujas.
- Pinzas disección c/ dientes.
- Pinzas hemostasia.
- Seda y/o catgut.
- Jeringa y agujas.
- Anestésico local.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Recogida de la información:

- Subjetiva:
Relación de causa, tiempo transcurrido desde el accidente, estado de inmunización antitetánica, otros problemas.
- Objetiva:
Estado de la piel (edema, isquemia, pérdida de sustancia, etc.); movilidad, compromiso vascular, sección de tendones, vainas, etc.

- Valorar la herida, necesidad de limpieza quirúrgica (Friedrich), necesidad de anestésico local, etc.
- Valorar el estado del paciente y la posibilidad de realizar la sutura en el centro.

Preparación del personal:

- Lavado y desinfección de manos (Ver ANEXO - 1) del profesional y protección con guantes estériles.

Preparación del material:

- Ver material necesario y ANEXO - 9.

Preparación del paciente:

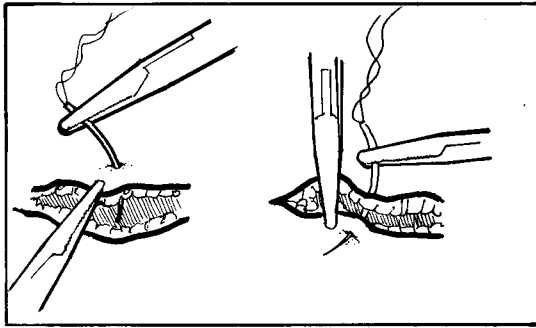
- Informar al paciente sobre la actividad que se va a realizar, tranquilizándolo.
- Exposición del campo: Rasurar si es preciso. Limpiar la herida con abundante suero fisiológico para arrastre de partículas y visualización de cuerpos extraños.
- Realizar hemostasia por compresión directa sobre la herida siempre que sea posible. En caso necesario realizar hemostasia directa sobre los vasos con pinzas.
- Lavar y desinfectar la herida y adyacentes con solución acuosa y antiséptico.
- Pintar con solución antiséptica desde el centro de la herida hacia afuera y dé forma circular con amplio margen.
- Secar la zona con gasas estériles.
- Preparar el campo de actuación con paños estériles dejando al descubierto la zona a suturar.
- Administrar anestésico local si fuera necesario. Ver ANEXO - 10.

Ejecución:

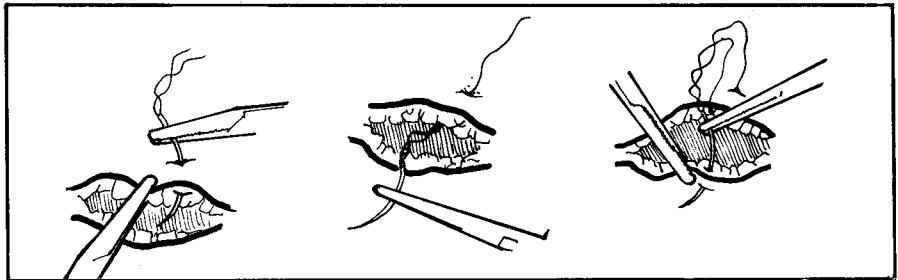
- Aproximar los bordes de la herida colocando un punto central, evitando ligaduras en masa y compresión de los bordes.
- Colocar otro punto en los espacios medios de cada lado. Continuar con nuevos puntos de sutura entre las zonas medias de cada punto de sutura anterior.
- En heridas en zig zag suturar primeramente las puntas y posteriormente suturar los puntos intermedios.

La penetración y salida de la aguja realizarla:

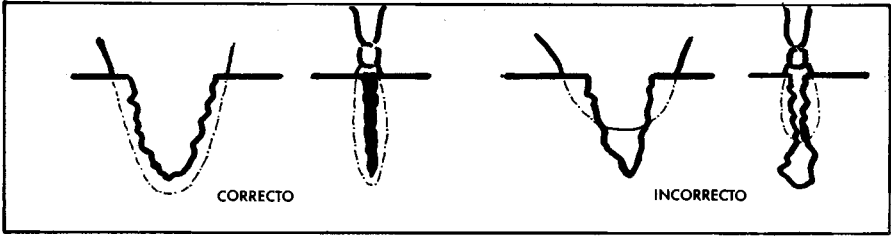
- En un tiempo - (A) Más rápido. Cuando la aguja es lo bastante larga y consistente.



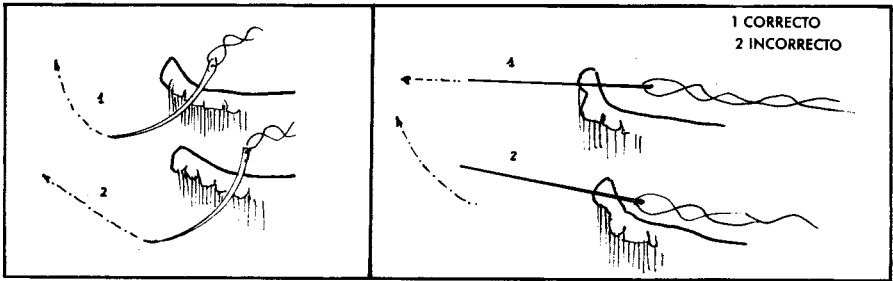
- En dos tiempos - (B) Cuando la aguja es corta o los tejidos fácilmente desgarrables.



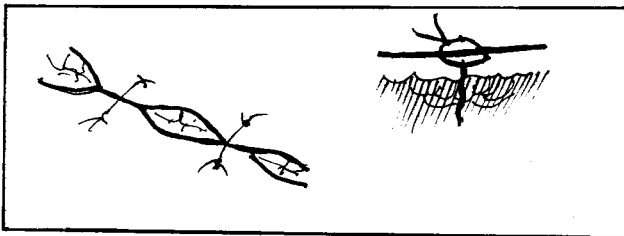
- No dejar espacios virtuales, si es necesario suturar por planos o en un plano dando puntos profundos.



- Extraer la aguja siguiendo siempre la punta de la misma como indica el dibujo.



- Anudar sin realizar excesiva tracción para evitar desgarro. El nudo se realizará en el borde externo de la herida.



- Dejar los nudos en los bordes laterales de la herida y no directamente sobre ella, pues entorpecería la cicatrización.
- Desinfectar nuevamente la herida una vez finalizada la sutura.
- Colocar un apósito estéril y/o vendaje si precisa. Ver ANEXO - 2.
- Realizar profilaxis antitetánica si precisa.

Educación del paciente y/o familia:

- Deberá indicar al paciente una serie de consideraciones para facilitar la recuperación:
 - Realización de ejercicios activos y pasivos, si procede.
 - Contracciones isométricas.
 - Posiciones más convenientes (miembro elevado, inmovilidad).
 - Evitar mojar la zona o mantenerla húmeda.
 - Insistir en la pauta de profilaxis antitetánica.
- Establecer seguimiento y control según normas del Centro.
- Registrar en la historia clínica del paciente.

OBSERVACIONES:

En caso de lesiones extensas o situadas en cara o zona en la que la cicatriz pueda dar problemas de estética, avisar previamente al médico.

RETIRADA DE PUNTOS DE SUTURA

DEFINICION:

Proceso mediante el cual se realiza la eliminación de los puntos de fijación de una herida.

OBJETIVOS:

- Finalizar el proceso de cicatrización.
- Retirada de puntos con fines terapéuticos.

MATERIAL NECESARIO:

- Bisturí o tijera de Littaver.
- Suero fisiológico/agua oxigenada.
- Antisépticos.
- Pinzas de disección s/dientes.
- Gasas estériles.
- Tiras de aproximación.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del profesional:

- Lavado y desinfección de manos (ver ANEXO-1).

Preparación del material:

- Ver material necesario.

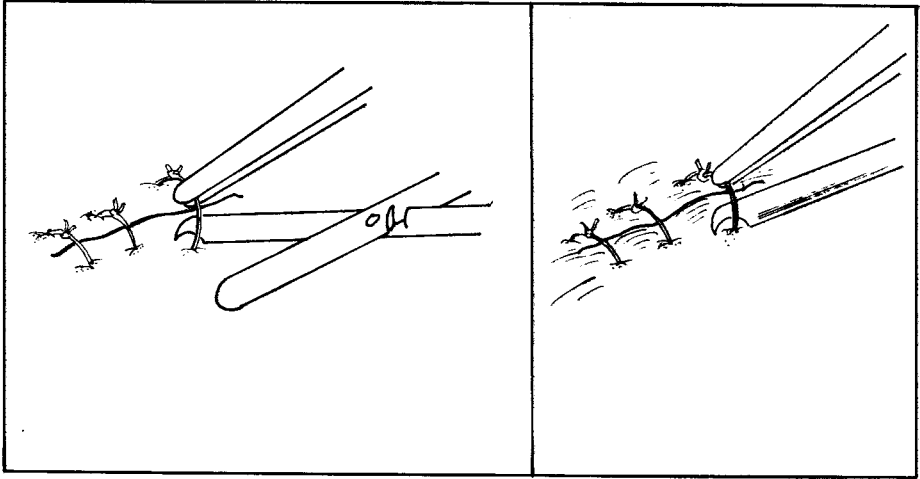
Preparación del paciente:

- Informar al paciente sobre la actividad que se va a realizar.
- Realizar ablación cuidadosa del apósito, con agua oxigenada o suero fisiológico.
- Valorar el estado y aspecto de la sutura y de la herida en búsqueda de inflamación, infección, hematomas, etc.

Ejecución de la actividad:

- Limpiar y aseptizar la herida y periferia mediante lavado mecánico con suero fisiológico y antiséptico.
- Retirar los puntos:
 - Levantar el cabo del nudo y con la tijera de Littaver o bisturí, cortar el asa por el lado del segmento profundo del hilo, para que al traccionar la parte

externa del hilo, éste no se introduzca en la herida.



- Realizar la extracción del hilo con un golpe seco. Si observa que los bordes no se han unido, proceder a retirarlos de forma alterna y colocar tiras de aproximación esperando unos días más para retirar el resto de puntos.
- Valorar el aspecto de la cicatrización.
- Aseptizar nuevamente la zona.
- Proteger la zona, si es preciso, con apósito seco mediante gasas estériles y vendas o malla elastica.

OBSERVACIONES:

El tiempo normal para la retirada de puntos en una herida es de 7 días, si bien en heridas de zonas con mucha tensión podremos mantenerlos entre 8-10 días y en zonas de piel delicadas y con sutúras muy finas podemos retirarlos a los 5 días.

CURAS EN HERIDAS EN LAS QUE NO ESTAN INDICADAS LAS SUTURAS

DEFINICION:

Herida en las que ha transcurrido el periodo Friedrich (6 horas) y/o está contraindicada la sutura. Estas son (ver ANEXO 12):

- Heridas infectadas.
- Heridas sucias.
- Después de limpieza quirúrgica incompleta.
- Heridas por mordeduras, punzantes, de bala, de asta de toro, etc.
- Personas con profesión peligrosa (poceros, barrenadores, agricultores, etc.)

OBJETIVO:

- Resolver la solución de continuidad de la piel.
- Evitar la infección de la herida.

MATERIAL NECESARIO:

Ver material en curas generalidades.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Informar y tranquilizar al paciente.
- Obtener información a cerca de cómo, cuándo y con qué se produjo la herida.
- Valorar el estado de la herida (ver ANEXOS - 12 y 13).
- Limpiar la herida por irrigación mecánica y realizar antisepsia.
- Si fuera preciso, realizar un Friedrich, y extraer cuerpos extraños si los hubiera.
- Colocar el apósito adecuado.

OBSERVACIONES:

- Avisar al médico en heridas extensas, con posibles secuelas estéticas, etc.
- Realizar profilaxis antitetánica si fuera necesario (ver ANEXO - 12).
- Realizar cura diaria hasta cicatrización por segunda intención.
- Antibioterapia según prescripción médica.
- Anotar la evolución en la historia clínica del paciente.

CURAS EN QUEMADURAS TERMICAS

DEFINICION:

Lesiones producidas por calor excesivo producido por fuego, líquido, sólido o gases.

OBJETIVOS:

- Conseguir la cicatrización sin complicaciones.
- Conseguir una epitelización correcta.
- Recuperar el funcionalismo de la zona quemada.
- Evitar la infección.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del paciente:

Tranquilizar al paciente y explicar lo que se le va a realizar.

Ejecución de la actividad:

- Valorar y clasificar la quemadura (ver ANEXO - 7).
- Limpiar la zona quemada con agua jabonosa y por arrastre o con solución antiséptica diluida.
- Desprender con sumo cuidado las ropas adheridas a la zona quemada. (No en quemaduras extensas, de tercer grado, sin antes consultar con el médico).
- Realizar limpieza quirúrgica de la zona en condiciones asépticas, abrir las flictemas y extirpar las zonas de la epidermis desprendidas.
- Colocar un apósito: Tules grasos con antibióticos
 - Gasas impregnadas de sulfadiazina argéntica.
 - Apósito oclusivo y absortivo.
 - Otros.
- Inmovilizar la zona lesionada.
- Tratar el dolor con analgésicos si fuera necesario según prescripción médica.
- Citar periódicamente para seguimiento.

OBSERVACIONES:

Hacer profilaxis antitetánica en quemaduras de segundo y tercer grado.

Se curarán normalmente en el centro las quemaduras leves, es decir: todas las quemaduras de primer grado, las de segundo grado cuya extensión sea menor del 15%, las de tercer grado cuya extensión sea menor del 2%.

TRAUMATISMOS CUTANEOS PRODUCIDOS POR PUNCIÓN

DEFINICION:

Herida con puerta de entrada mínima de fácil desarrollo de gérmenes anaerobios y producidas por objetos punzantes: agujas, clavos...

MATERIAL NECESARIO:

Ver Curas, generalidades.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Obtener información a cerca de: objeto que produjo la lesión, lugar y momento en que se produjo, etc. y estado vacunal del tétanos.
- Observar la zona lesionada: si el cuerpo extraño permanece en la herida extraerlo despues de una minuciosa valoración.
- Limpiar la zona con agua jabonosa y/o suero fisiológico.
- Si existe sospecha de infección tetánica abrir la herida.
- Administrar profilaxis antitetánica, según estado vacunal.
- Enseñar al individuo y/o familia a detectar signos de infección en la herida: enrojecimiento, hinchazón, drenaje purulento, etc.
- Establecer seguimiento y control según normas del centro.
- Registrar en la historia clínica de individuo.

TRAUMATISMOS CUTANEOS POR LACERACION

DEFINICION:

Desgarro o herida irregular de los tejidos blandos.

OBJETIVOS:

- Disminuir e interrumpir la hemorragia.
- Evitar complicaciones de la herida.
- Cerrar los bordes de la herida.
- Disminuir o evitar el dolor.

MATERIAL NECESARIO:

Ver curas generalidades.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Recoger información a cerca de cómo se ha producido la lesión, cuándo y dónde.
- Valorar la lesión.
- Aplicar frío en la herida.
- Si existe hemorragia, presionar con gasas sobre el área sangrante.
- Limpiar con agua oxigenada u antiséptico eliminando objetos extraños y suciedad.
- Suturar la herida si procede.
- Aplicar un apósito estéril.
- Calmar el dolor administrando analgésicos (según prescripción médica).
- Seguimiento y control según el estado de la herida.
- Registrar en la historia clínica.
- Profilaxis antitetánica si procede.

TRAUMATISMOS CUTANEOS POR CONTUSIONES

DEFINICION:

Lesión del tejido blando causada por un cuerpo obtuso, golpe, etc. sin causar herida exterior.

OBJETIVOS:

- Disminuir la equímosis.
- Disminuir el dolor e inflamación.

MATERIAL NECESARIO:

- Hielo.
- Compresas.
- Agua caliente.
- Vendajes.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Tranquilizar al paciente y acompañante.
- Elevar la zona afectada.
- Si existe equímosis aplicar compresas frías para disminuir el edema.
- Aplicar vendaje compresivo para reducir el hinchazón y edema.
- Después de 6 horas aproximadamente aplicar calor en la zona afectada para facilitar la absorción.
- Investigar en profundidad la existencia de lesiones internas.

TRAUMATISMOS CUTANEOS POR ABRASIONES

DEFINICION:

Heridas que afectan a la dermis, con más características de quemadura que de herida. Se suele producir por roce en el asfalto o correas.

OBJETIVOS:

- Evitar o disminuir el dolor.
- Evitar la infección de la zona afectada.

MATERIAL NECESARIO:

Ver curas generalidades.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

- Tranquilizar al paciente.
- Obtener información a cerca de cómo, cuándo y dónde se produjo la lesión y del estado de vacunación antitetánica.
- Limpiar y aseptizar la herida con agua jabonosa por arrastre y antiséptico.
- Colocar apósito adecuado o dejar al aire.
- Profilaxis antitetánica si precisa.
- Registrar en historia clínica del paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN:

- **ULCERAS POR PRESION MANTENIDA.**
- **ULCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES.**
- **OSTOMIAS.**

CURAS EN ULCERAS POR PRESION MANTENIDA

DEFINICION:

Ulceras debidas a una presión prolongada en una parte del cuerpo con la consiguiente disminución de la circulación en el área y destrucción tisular.

OBJETIVOS:

- Resolver solución de continuidad de la piel.
- Disminuir el dolor.
- Evitar la destrucción tisular.

MATERIAL NECESARIO:

Ver curas generalidades.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Preparación del individuo:

- Explicar al paciente la actividad que va a realizar consiguiendo su colaboración y/o de su familia:

Ejecución de la cura:

(según el estadio de la úlcera).

a) FASE ERITEMATOSA

- Limpiar con agua y jabón neutro la zona lesionada, secar exhaustivamente la piel.
- Aplicar un antiséptico y no poner apósito, es preferible dejar la piel al aire.
- Incidir en la educación al individuo y/o familia para prevenir la formación de la úlcera (ver ANEXO 14).

b) FASE DE ESCORIACION

- Limpiar la herida con movimientos circulares con suero fisiológico y solución antiséptica.
- Secar la zona con gasas estériles.
- Aplicar medidas de regeneración de tejido, tipo:
 - Apósito oclusivo o semioclusivo.
 - Apósito oclusivo permeable al oxígeno.
 - Apósito graso.
 - Apósito de gasa estéril más solución antiséptica

c) FASE NECROTICA

- Limpiar exhaustivamente la herida, con movimientos circulares con suero fisiológico y solución antiséptica.
- Secar la herida con gasas estériles.
- Desbridar los tejidos necrosados y eliminar esfacelos si hubiera:
 - de forma quirúrgica con pinzas y bisturí.
 - mediante pomadas.
- Aplicar:
 - pomadas cicatrizantes
 - apósitos estériles engrasados
 - apósitos impermeables-oclusivos de hidrocoloide.

para ayudar a la cicatrización.

- En todas las fases realizar y/o enseñar a realizar cambios posturales y a llevar a cabo medidas preventivas.

OBSERVACIONES:

- Vigilar los factores predisponentes y factores de riesgo de aparición de úlceras (ver ANEXO 15).
- Prevenir la aparición de úlceras mediante la educación y adiestramiento del individuo y/o sus familiares.

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE LAS ULCERAS DE EXTREMIDADES INFERIORES.

DEFINICION:

Solución de continuidad con pérdida de sustancia debido a un proceso tisular patológico de origen vascular y de evolución crónica. Se producen por obstáculo de la circulación venosa o por isquemia arterial.

OBJETIVOS:

- Disminuir el estásis venoso.
- Propiciar la curación.
- Prevenir la aparición de úlceras.
- Calmar el dolor.
- Mantener la úlcera limpia.
- Reducir la necrosis.

MATERIAL NECESARIO:

Ver curas generalidades.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Recogida de información:

Subjetiva:

- U. venosas: hinchazón de venas y pies (edemas).
- U. arteriales: entumecimiento y frío en los dedos (ver ANEXO 17).

Objetiva:

- U. venosas: coloración rojiza de las extremidades, edema, venas salientes y tortuosas.
- U. arteriales: Piel seca y brillante, palidez al elevar al miembro, uñas de los dedos gruesas, variación de temperatura de una extremidad a otro, ausencia de pulso tibial posterior y pedio.
(Ver ANEXO 17)
- Valorar: el estado general del paciente.
el estado y grado de la úlcera.

Cuidados en úlceras:

ULCERAS VENOSAS

- Para subsanar el éstasis venoso:

- Aconsejar al paciente que se mantenga el máximo de tiempo en reposo y con las piernas ligeramente elevadas.
- Administrar medicamentos según prescripción médica.
- Aplicar vendaje compresivo.
- Cura de la úlcera:
 - Limpieza de la úlcera, con suero fisiológico y jabón quirúrgico, por arrastre.
 - Secar con gasas estériles. (Debe quedar completamente seco y sin exudado).
 - Si es necesario desbridar, para ello utilizar agentes enzimáticos tipo (Parkelase[®]).
 - Si aparece infección o celulitis, utilizar un antibiótico SISTEMICO adecuado (según prescripción médica).
 - Cubrir con gasas y realizar un vendaje compresivo.

ULCERAS ARTERIALES

- Para subsanar retorno arterial:
 - Aconsejar reposo en cama con la cabecera de la cama ligeramente elevada.
 - Administrar medicación según prescripción médica.
- Cura de la úlcera:
 - Lavar con suero fisiológico y jabón quirúrgico.
 - Secar con gasas estériles.
 - Si es necesario, desbridar.
 - Si se infecta la úlcera, utilizar un antibiótico TOPICO apropiado. (según prescripción médica).
 - No fijar con esparadrapo, utilizar vendaje que no comprima.
- Calmar el dolor:
 - Analgesia según prescripción médica.
- Educación al paciente y/o familia: (ver ANEXO 18).
- Registrar en historia clínica del paciente.
- Citar según normas del centro:
 - Úlceras arteriales - diariamente.
 - Úlceras venosas - según evolución.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN OSTOMIAS

DEFINICION:

Procedimiento quirúrgico por el que se crea una nueva abertura al exterior (estoma) destinada a la eliminación de las sustancias de desecho, cuando las vías naturales deben ser anuladas por motivos de índole orgánica o funcional.

OBJETIVOS:

- Alentar la participación temprana del paciente y/o familia en los cuidados de la ostomía.
- Observar el estoma en busca de cambio de color o estenosis.
- Conservar la piel limpia y sin escoriaciones.
- Enseñar al paciente a y/o familia los cuidados de la ostomía y a adaptarse a la nueva situación.

MATERIAL NECESARIO:

- Agua y jabón.
- Batea.
- Suero fisiológico.
- Esparadrapo hipoalérgico.
- Tijeras.
- Dispositivos para ostomías del tamaño y tipo adecuados.
- Gasas estériles.
- Guantes.

METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD:

Valorar:

- Conocimientos en relación a la ostomía.
- Estado psicológico del paciente.
- Nivel de autocuidados.
- Grado de implicación familiar.

Es muy importante que el usuario y/o familia asuma lo antes posible el manejo de la ostomía.

Educar al paciente y/o familia en:

Cambio del dispositivo:

- Colocar una toalla que proteja la cama y ropas del paciente.
- Aconsejar que esté comodo y relajado.
- Revisar el dispositivo para asegurar que es el adecuado.
- Retirar con sumo cuidado el dispositivo usado empezando por el extremo superior mientras sujeta con la otra mano la piel del abdomen, nunca arrancando bruscamente.
- Secar la piel y el estoma con gasas secas para eliminar heces y mucosidad.
- Lavar el estoma y la piel con suero fisiológico o agua templada (no es preciso aplicar antisépticos, salvo en casos indicados).
- Secar bien la piel.
- Observar el estoma para advertir cualquier anomalía (color, hemorragia, hernia, retracción, u otros).
- Vigilar la piel para detectar cualquier cambio de color, escoriación, etc.
- Colocar el dispositivo, recortar a la medida del orificio del estoma y retirar el papel protector cuando se vaya a colocar y fijarlo con tiras de esparadrapo.
- Colocar la bolsa sujetándola y procurando que esté bien sujeta.
- Si se trata de una bolsa con anillo de karaya ajustarlo al estoma procurando que la bolsa no quede doblada.
- Si se trata de un sistema adhesivo pegar primero la parte inferior del estoma. Si es necesario fijar con esparadrapo hipoalérgico.

Medidas higiénicas:

- Indicar al usuario que puede realizar una dieta normal, si no existen otras contraindicaciones.
- Indicar al usuario la importancia de realizar una dieta rica en sodio y potasio.
- Evitar la ingesta de alimentos formadores de gases (col, ajo, cebolla, bebidas carbonicas,...)
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Los alimentos que se ingieren por primera vez realizarlo en pequeñas cantidades hasta comprobar su tolerancia.

ANEXOS

LAVADO DE MANOS

El lavado de manos va destinado a la eliminación de microbios de la piel por medios mecánicos.

Los objetivos del lavado de manos son:

- Evitar el paso de microorganismos de una persona a otra.
- Prevenir la autocontaminación o alteración de la flora natural.
- Reducir al mínimo la existencia de microorganismos en la piel.

Se precisa para la realización del lavado de manos: Agua, jabón, toallas de papel.

Para un correcto lavado de manos es preciso retirarse todo tipo de alajas (anillos, pulseras, etc.) ya que las bacterias pueden quedar alojadas en ellas.

Utilizar agua tibia para el lavado de manos (protege más los aceites naturales de la piel que el agua fría o caliente), mojar las manos en agua y aplicarse un jabón Ph adecuado para la piel.

Mantenga durante todo el proceso de lavado las manos más bajas que los codos.

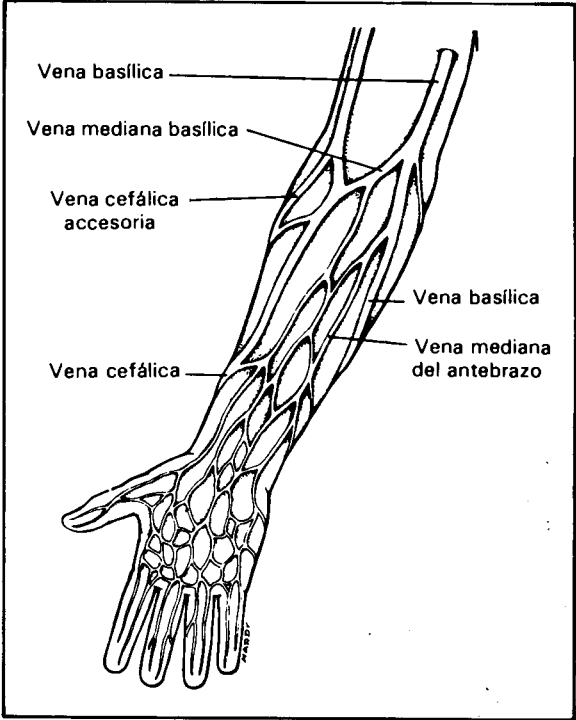
Lavarse bien las manos durante 30 segundos, realizando movimientos rotatorios. Aplicar 10 movimientos de fricción a cada una de las siguientes zonas: caras palmar y dorsal de las manos y dedos, y entre ellos.

Enjuagar las manos y muñecas con abundante agua, haciendo que el agua fluya desde los codos hasta los dedos.

Secar las manos desde los dedos hacia el antebrazo y cierre las llaves de los grifos ayudándose con la toalla de papel.

Debera lavarse las manos al llegar y al irse del Centro, y antes y después de realizar cuidados de enfermería.

PUNCION VENOSA. ANATOMIA Y ZONAS MAS FRECUENTES DE PUNCION



TECNICA DE INMOVILIZACION PARA EXTRACCIONES DE SANGRE EN NIÑOS

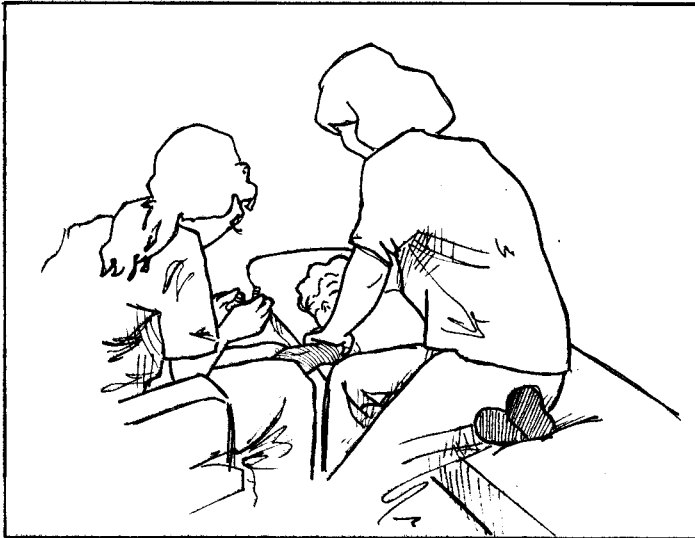
Se precisa al menos dos personas para realizar la inmovilización:

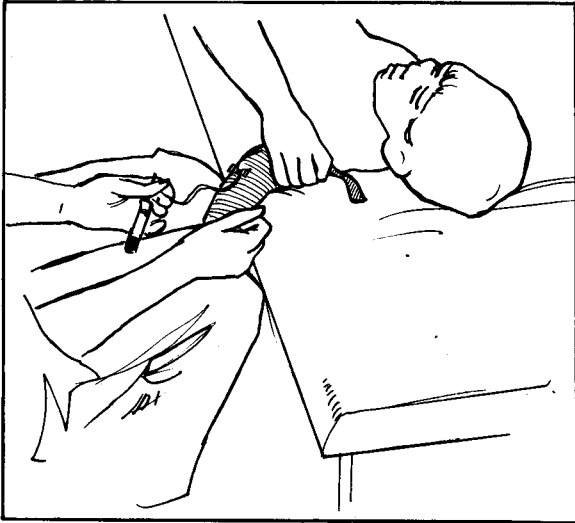
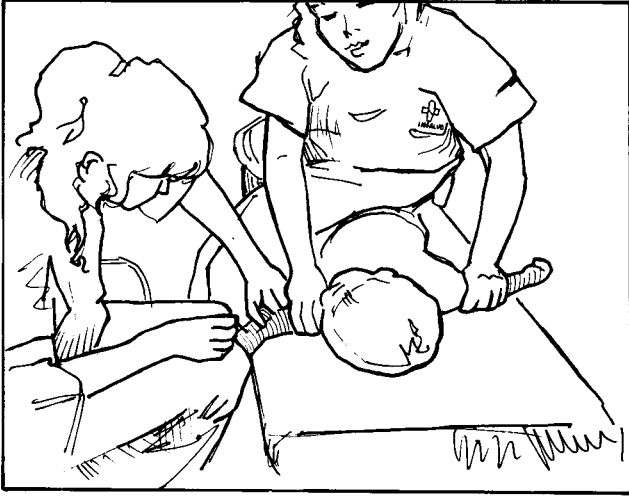
- La enfermera/o que realizará la extracción.
- Un/a auxiliar de enfermería u otra enfermera/o.

Se colocará al niño en la camilla, en decúbito supino. La auxiliar o la segunda enfermera/o se sentará ligeramente sobre las piernas del niño y con las dos manos le inmovilizará los brazos sujetándole por debajo de la articulación del hombro.

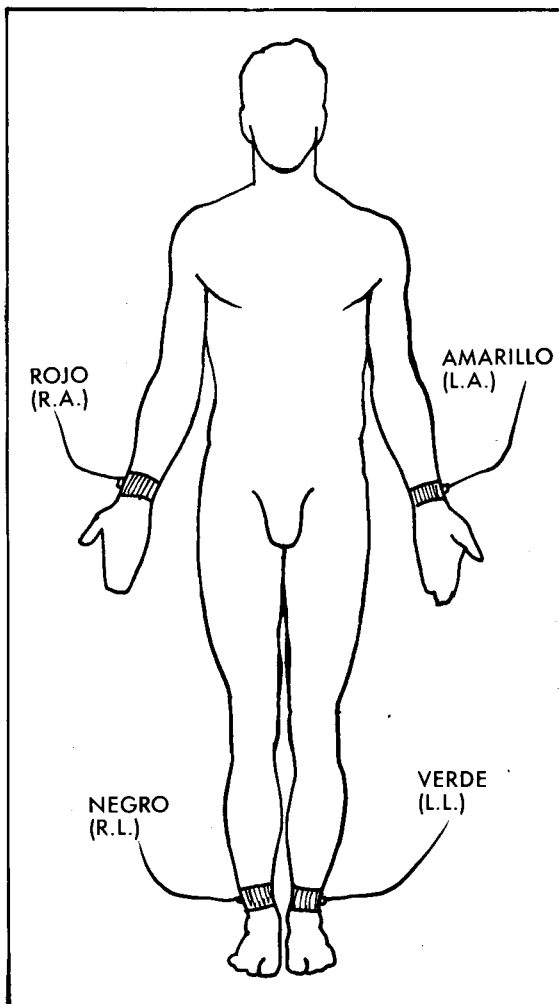
La enfermera/o que va a realizar la extracción se sentará perpendicularmente a la camilla e inmovilizará el brazo en el que va a puncionar sujetándolo con las rodillas.

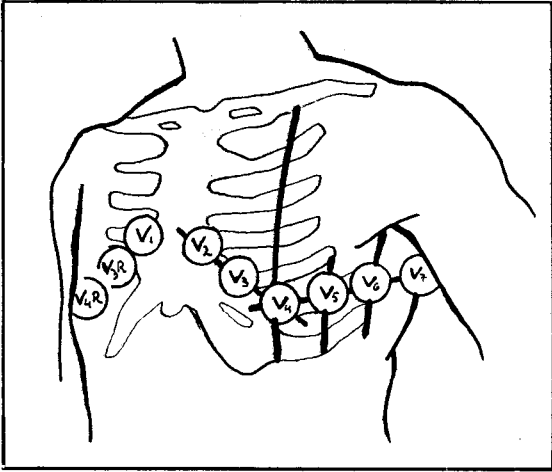
Una vez asegurada la inmovilización se procederá a la extracción de sangre.





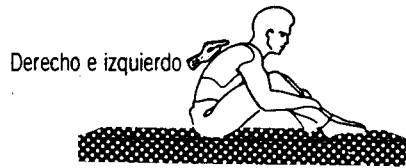
ELECTROCARDIOGRAMA. LOCALIZACION, DERIVACIONES Y PRECORDIALES



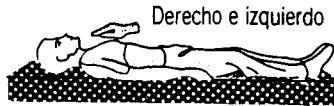


DRENAJES. POSICIONES ADECUADAS SEGUN ZONAS A DRENAR

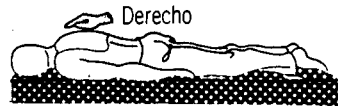
LÓBULOS SUPERIORES SEGMENTOS APICALES



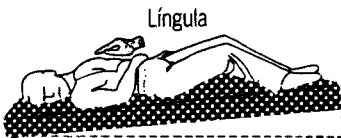
SEGMENTO ANTERIOR



SEGMENTOS POSTERIORES



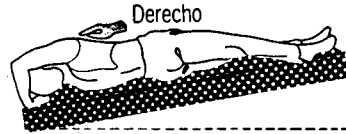
LÓBULOS MEDIOS



LÓBULOS INFERIORES
SEGMENTOS BASALES



SEGMENTOS LATERALES



SEGMENTO SUPERIOR



VENDAJES. PRINCIPALES FORMAS DE APLICACION

CIRCULAR - Cada vuelta de la venda se da perpendicularmente al eje del miembro o región, cubriendo exactamente cada una de ellas a la anterior.
Se utiliza para fijar en su sitio un vendaje donde se inicia y termina.

EN ESPIRAL - Las vueltas de la venda forman como la rosca de un tornillo, dejando a la vista de cada circunferencia una parte de la vuelta anterior.
Se utiliza para partes cilíndricas: dedos, muñeca, tronco.

ESPIRAL INVERTIDA - Se fija la venda, mediante varias vueltas en espiral, luego, con cada vuelta la porción de la venda recién aplicada se voltea hacia abajo.
Se utiliza para vendar porciones corporales de forma cónica: muslo, brazo, o antebrazo.

EN OCHO - Estos vendajes se distinguen porque en ellos la venda en sus vueltas describe dos asas con un punto de contacto o cruce.
Se utiliza para articulaciones, para ajuste ceñido: rodilla, codo, tobillo, muñeca.

EN ESPIGA - Igual que el vendaje en ocho, excepto que por lo regular, cubre una superficie mucho mayor.
Se utiliza para pulgar, hombro, ingle, cadera.

RECURRENTE - Se fija con dos vueltas circulares, luego se pasa el rollo de la venda en dirección circular de la parte posterior a la frontal y de esta a la posterior, sobreponiendo cada vuelta hasta que quede todo cubierto.
Utilizado para fijar un apósito en la cabeza, muñón o dedo.

QUEMADURAS. CLASIFICACION, EXTENSION Y PRONOSTICO DE GRAVEDAD

Según la profundidad de las quemaduras:

De primer grado:

Se limita la lesión a las capas más superficiales de la epidermis.

Existe eritema y edema, produce escozor y dolor.

De segundo grado:

Afecta a todo el espesor de la epidermis.

Se producen flictenas y serosidades, reacción flictenoampollosa.

De tercer grado:

Afectan a la totalidad de la piel y planos subyacentes.

Se produce una escara, ulceración, necrosis, y/o carbonificación.

VALORACION DE LA EXTENSION DE LAS QUEMADURAS REGLA DE WALLACE

Esta regla se basa en la división de la superficie corporal en áreas que se presentan en tantos por ciento como 9 o múltiplo de 9, de esta forma la quemadura de:

- La cabeza representa un 9%
- Cada extremidad superior un 9%
- La cara anterior del tronco 18%
- La cara posterior del tronco 18%
- Cada extremidad inferior del tronco 18%
- El periné y genitales externos 1%

PRONOSTICO DE GRAVEDAD DE LAS QUEMADURAS

En función del cálculo de la profundidad y extensión de la quemadura según los criterios anteriormente expuestos:

Quemaduras leves:

Se incluyen:

- Todas las de primer grado.
 - Las de segundo grado de no más del 15% de extensión.
 - Las de tercer grado de no más del 2% de extensión.
- Son las quemaduras que habitualmente se atienden con curas ambulatorias sin precisar hospitalización y por tanto las que se atenderán en los Centros de Salud.

Quemaduras graves:

Se incluyen:

- Las de segundo grado que se extienden a más del 15%.
- Las de tercer grado que exceden el 10% de extensión.

Precisan ingreso hospitalario.

Quemaduras muy graves:

Se incluyen:

- Las de segundo grado que sobrepasan el 20%.
- Las de tercer grado que exceden el 10% de extensión.
- También las que se considerarían como graves en menores de 10 años y mayores de 40 años, las complicadas con inhalación de gases, etc...

Precisan un ingreso en una unidad de quemados o en UCI en su defecto.

CURAS. TECNICAS AUXILIARES

FOMENTOS CALIENTES - Consisten en la aplicación de calor local en una zona inflamada con el fin de aumentar la circulación cutánea, aliviar el dolor y la congestión, favorecer la relajación muscular y desplazar el pus de un absceso hacia la superficie cutánea.

EMBROCADO - Consiste en pasar una torunda humedecida con un antiséptico sobre la superficie cruenta.

TOQUES - Es la aplicación de un líquido, casi siempre antiséptico, sobre un punto de la lesión mediante una gasa o torunda, limitando su acción al punto deseado.

CAUTERIZACION - Es la eliminación de mamelones de tejido de granulación por medio de un agente cáustico (varillas de nitrato de plata).

APLICACION DE SUSTANCIAS EN POLVO - Generalmente sulfamidas con el objetivo de minimizar el crecimiento bacteriano e inhibir el olor en heridas sépticas.

APLICACION DE POMADAS - Aplicación de ungüentos, generalmente en superficies, extendiéndose con espátula o torunda en la zona lesionada. Existen muchos tipos de pomada dependiendo de la finalidad que se persiga (antibióticas, analgésicas, antiinflamatoria, cicatrizante, etc.).

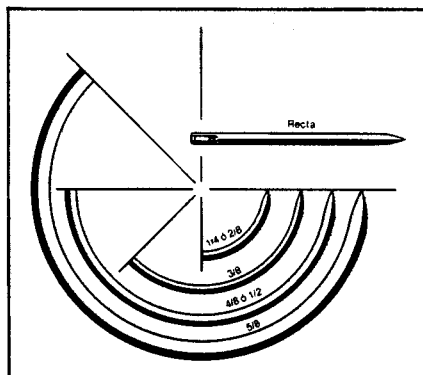
APLICACION DE GASAS O TULES EMBEBIDOS EN SUSTANCIAS - Aplicación de apósitos embebidos en distintas sustancias dependiendo de su finalidad (antibióticos, epitelizantes, corticoides, etc.). Se suelen utilizar en heridas infectadas o con déficit de cicatrización.

DRENAJES SIMPLES - (Tipo penrose, tubo de goma, tira de gasa, etc.). Se utilizan para obtener una eficaz evacuación de líquidos (pus, exudado, sangre...), se utilizan en focos supurados y en heridas de asepsia dudosa.

SUTURAS. ELECCION DEL MATERIAL

AGUJAS - Las suturas en piel deberán realizarse con aguja **triangular atraumática**.

- Las agujas cilíndricas se utilizarán únicamente en cirugía plástica o en pieles muy finas.
- En las suturas de piel se prefieren las agujas 3/8 curvas o bien las rectas de Keith.



HILOS - a) no absorbibles: lino y seda.
Para ligaduras definitivas.

- b) absorbibles: catgut
Se utiliza en planos profundos, con un tiempo aproximado de reabsorción de 6-7 días.
Nunca utilizar para piel.

ELECCION DEL CALIBRE - Vendrá dado por el grosor de la piel y la tensión que exista en la línea de sutura.

Normalmente utilizaremos calibres de 2/0, 3/0, 4/0. En zonas que puedan presentar alteración de la autoimagen (preferentemente estéticas) usar seda de 5/0 y retirar los puntos a los 5 días.

En zonas de tensión mantener la sutura 8 días y retirar los puntos alternos, cubriendo con steri-streap retirar el resto de puntos a los 10 días.

ANESTESIA LOCAL

La indicación o no de poner un anestésico local vendrá dado por el tamaño de la herida, la edad del paciente y el estado anímico del mismo.

Se utilizará un anestésico local SIN ADRENALINA, generalmente, Clorhidrato de mepivacaina (Scandicain®).

La cantidad de anestésico a administrar dependerá del tejido que rodea la herida (vascularización o no), presencia de líquido tisular, infección, etc. Así como de la tolerancia al dolor del paciente y su peso corporal.

Antes de proceder a realizar la anestesia se preguntará al paciente si tiene algún tipo de afectación en la que estén contraindicados los anestésicos (Epilepsia: contraindicados los anestésicos por infiltración).

ADMINISTRACION DE ANESTESICOS LOCALES:

Por infiltración local:

Inyectar el anestésico directamente en la herida o línea de incisión.

Produce un efecto inmediato.

Indicado para drenaje de abscesos.

No indicado en heridas incisivas abiertas que requieran una buena aproximación.

Bloqueo de campo:

Inyectar el anestésico en los tejidos normales que rodean o subyacen a la herida, pero no en ella directamente.

Es el más utilizado para cierre de heridas.

En anestésico empieza a actuar a los pocos minutos.

Troncular o bloqueo nervioso:

Solo se utilizará para los dedos de las extremidades.

Por congelación:

Mediante cloruro de etilo, indicado en heridas muy pequeñas.

CURA Y APOSITO O VENDAJE TRAS LA SUTURA

Tras haber realizado la sutura siempre se llevará a cabo una nueva desinfección de la herida ya suturada con un antiséptico tipo povidona yodada u otros.

Teniendo en cuenta las características de la herida, podremos realizar la cura y/o vendaje de las siguientes formas:

Herida con inflamación - Tras la sutura se realizará un **vendaje compresivo**, con el fin de controlar la inflamación y evitar la instauración de una deformidad de estética de la cicatriz.

Herida con posible infección - En situaciones en que fuera posible una infección ya sea por condiciones de habitabilidad, trabajo, situación de la herida, etc. colocar un **apósito estéril graso**, cubrir con gasas secas y realizar vendaje.

Esta cura se levantará a las 72 horas realizando solamente una cura seca o si se estima conveniente dejarla al descubierto.

Heridas en zonas de movilidad - Con el fin de facilitar la inmovilización que ayude a una mejor cicatrización se realizará un vendaje de inmovilización en la zona suturada.

HERIDAS TETANIGENAS. PAUTAS A SEGUIR

Clasificación: **de riesgo elevado** - heridas de más de 24 horas muy expuestas a contaminación bacteriana, con tejido necrótico no totalmente extirpado, con material extraño y de desecho.
Heridas de bala, heridas con afectación del colon; heridas producidas en zonas rurales, etc.

de riesgo moderado - heridas punzantes, por aplastamiento o penetraciones con afectación muscular, producidas en las aceras o pavimentaciones, en áreas industriales o por proyectiles sin afectación intestinal.

de leve riesgo - Heridas de menos de 24 horas, no punzantes, sin aplastamiento ni afectación de músculo, sin tejido necrótico.

Recomendaciones de inmunización

Heridas de riesgo elevado

- Paciente correctamente vacunado: administrar **recuerdo ATT**.
- Paciente no inmunizado o incorrectamente inmunizado: Administrar **1ª dosis vacuna ATT y 400 ui de ITH** (inmunoglobulina antitetánica humana) **en dos ocasiones con intervalo de 7 días**.

Heridas de riesgo moderado

- Paciente correctamente vacunado y con última dosis hace menos de 5 años: **NADA**.
- Paciente correctamente vacunado y con última dosis en un plazo de 5-10 años: **RECUERDO**.
- Paciente incorrectamente vacunado o no vacunado: **Iniciar pauta de vacunación + 250 ui de ITH**.

Heridas de riesgo leve

- Paciente correctamente vacunado: **NADA**.
- Paciente incorrectamente vacunado o no vacunado: **vacunación antitetánica**.

OBSERVACIONES:

- Previa la inmunización pertinente se deberá lavar, desinfectar y airear la herida.
- El toxoide ITH se administrará por vía IM en la extremidad no afectada.
- En caso de administrar ITH y ATT, la ITH se administrará en la otra extremidad o zona alejada de la ATT.
- El antisuero heterólogo solo debe administrarse ante la imposibilidad de conseguir ITH.
- La ITH nunca debe sustituir a la ATT.

HERIDAS. LIMPIEZA QUIRURGICA

Este método consiste en la limpieza quirúrgica de la herida procediendo a la eliminación con tijera y bisturí de los bordes contaminados, desvitalizados o necrosados, con el fin de extraer posibles cuerpos extraños y favorecer la cicatrización.

INDICACIONES:

Existe un intervalo de 6 horas desde la producción de la herida y la realización de la sutura, durante el cual, en caso de no ser una herida muy contaminada o con tejidos necrosados, no es necesario realizar una limpieza quirúrgica.

- Siempre que el intervalo sea mayor de 6 horas: realizar una limpieza quirúrgica.
- Si la herida es contusa - contaminada y se encuentra dentro del periodo de Friedich (6 horas de haberse producido) se efectuará una limpieza quirúrgica a continuación se suturará si estuviera indicado.
- Si han sobrepasado las 6 horas, se procederá a la limpieza quirúrgica exhaustiva y se dejará cicatrizar por segunda intención.

ULCERAS POR PRESION MANTENIDA. PREVENCION

Los objetivos que se desean cumplir en la prevención de úlceras por decúbito son los que a continuación se nombran:

- Disminuir o eliminar la presión sobre la piel.
- Mantener limpia y seca la piel.
- Estimular la circulación.
- Mantener buen estado nutricional.
Es fundamental conseguir la colaboración del individuo y/o familia:
- Incitar al paciente a mantenerse activo realizando movilizaciones y enseñar a realizarlas a la familia.
- Enseñar a:
 - Realizar cambios posturales cada 2 horas.
 - Realizar ejercicios activos y/o pasivos.
 - Mantener una higiene meticulosa de la piel, observar la piel periódicamente, y realizar un secado exhaustivo de la misma.
 - Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas y a utilizar protecciones, cojines, etc.
- Realizar masajes para activar la circulación de los tejidos después de cada cambio postural con crema hidratante y durante 10'.
- Aconsejar y educar para llevar una dieta equilibrada y proteica adaptable a las características de cada paciente.

ULCERAS. FACTORES DE RIESGO EN SU APARICION

FACTORES FISICOS: Compresión

Peso

Fricción

Humedad

Higiene, falta de Inmovilidad

Otros.

FACTORES NUTRITIVOS: Desnutrición

Deshidratación

Hipoproteinemia

ESTADOS PATOLOGICOS, que pueden aumentar el riesgo de aparición de úlcera:

A.V.C.

Transtornos de la sensibilidad

Transtornos de la movilidad

Incontinencia urinaria o fecal

Estados dismetabólicos

Demencia senil

Diabetes

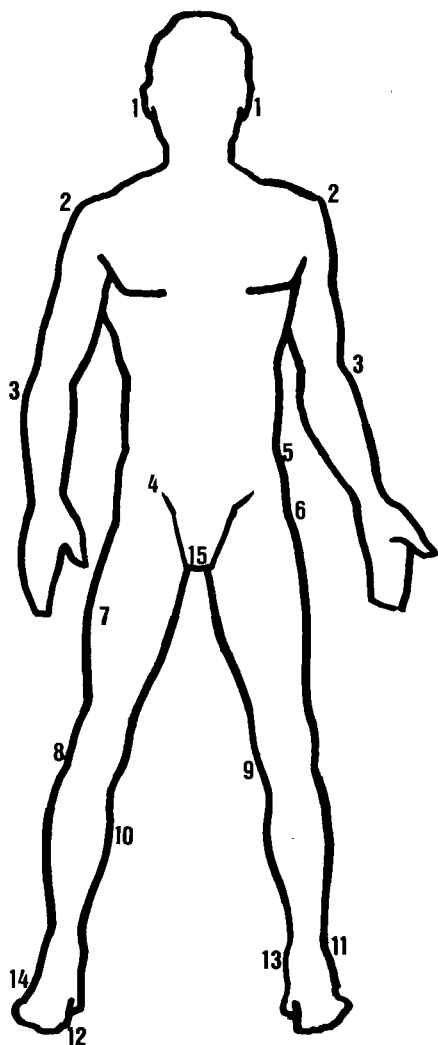
Arterioesclerosis

Estados terminales

Anemias

Otros.

ULCERAS POR PRESION MANTENIDA. LOCALIZACION



- 1 Orejas
 - 2 Hombros
 - 3 Codos
 - 4 Crestas ilíacas
 - 5 Espinas ilíacas antero superiores
 - 6 Trocánteres
 - 7 Muslos
 - 8 Cara externa de rodillas
 - 9 Cara interna de rodillas
 - 10 Pantorrillas
 - 11 Maléolos externos
 - 12 Plantas de los pies
 - 13 Maléolos internos
 - 14 Bordes laterales de los pies
 - 15 Isquión
- Parte posterior:
- hueso occipital
 - escápulas
 - apófisis espinosas
 - sacro
 - tendón de aquiles
 - talones

ULCERAS DE EXTREMIDADES INFERIORES. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

	ULCERAS ARTERIALES	ULCERAS VENOSAS
CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> — Piel atrófica, delgada, brillante y seca. Gangrenosa. — Extremidades delgadas y pálidas. — Aparecen varias úlceras juntas, superficiales y pequeñas, pero de base profunda. — Bordes bien delimitados, netos, cortantes. — Coloración amarillenta, grisácea o negruzca. Con esfacelos necróticos y exudados costrosos con formación mínima de tejido de granulación. — Dolor: extremo. — Pulsos periféricos ausentes o débiles. 	<ul style="list-style-type: none"> — Piel ligeramente edematosa, con superficie engrosada. — Extremidades con inclusión de úlceras ya curadas. — Aparece una sola úlcera, con venas superficiales dilatadas y varicosidades externas o variculas. — Bordes no delimitados, irregulares, oblicuos. — Coloración pardo rojiza con hiperpigmentación y formación de lesiones eritemato-desquamativas o exudativas. — Dolor: moderado. — Pulsos periféricos normales.
LOCALIZACION:	<ul style="list-style-type: none"> — En el extremo distal de la extremidad. — Entre los dedos de los pies o en su punta. — Sobre cabezas articulares de falanges. — Maléolo lateral o zona peritibial. — Cabezas articulares metatarsianas o bordes o planta del pie en los diabéticos. 	<ul style="list-style-type: none"> — En región de tobillo junto al maléolo interno anteromedial.
TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none"> — Inmovilización. — Antibióticos tópicos, vasodilatadores s/p. — No realizar vendaje compresivo. — No elevar los miembros inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> — Antibiótico sistémico s/p. — Vendaje compresivo. — Desbridamiento químico s/p. — No permanecer sentado con las piernas dobladas.
EVOLUCION:	<ul style="list-style-type: none"> — Lenta. 	<ul style="list-style-type: none"> — Rápida.

ULCERAS VENOSAS Y ARTERIALES. PREVENCION.

PREVENCION ULCERAS VENOSAS

1. Evitar usar ropas ajustadas en la mitad inferior del cuerpo.
2. No permanecer en pie o sentado más de una hora seguida.
Si debe permanecer sentado, cada hora ponerse en pie y caminar unos minutos.
Si debe permanecer de pie, cada hora sentarse 10', dando un pequeño masaje a las piernas.
3. Dormir con las piernas ligeramente elevadas.
4. Mantenerse en el peso ideal.
5. Tomar un baño tibio diario, dándose un masaje suave en las piernas, de los tobillos a los muslos.
6. Mantener la piel hidratada mediante crema hidratante con lanolina.
7. Evitar lesiones, golpes, rascado, o erosiones por calzado defectuoso.
8. No tomar anticonceptivos orales, excepto bajo prescripción médica.
9. Usar medias elásticas como protección.
10. Evitar la exposición prolongada de las piernas al sol.
11. Usar zapatos cómodos, de tacón bajo, y que sujeten bien el pie.

PREVENCION ULCERAS ARTERIALES

1. Mantener piernas y pies limpios y secos:
Lavar diariamente, secando minuciosamente principalmente entre los dedos.
Aplicar crema hidratante o lanolina.
Usar calcetines o medias absorbentes de algodón o lana.
2. Mirar periódicamente las piernas y pies en busca de pequeñas heridas.
3. Evitar golpes:
Utilizar zapatos de su medida.
No andar descalzo.
Si fuera necesario, acudir a un podólogo para cortarse las uñas.
4. Evitar temperaturas extremas.
5. No fumar.
6. Evitar utilizar preparados para pies.
7. Evitar ropas que compriman la circulación.

BIBLIOGRAFIA

BLANC, D. Cuadernos de la Enfermera n° 6. Editorial Toray-Masson; 1979.

BURNNER, L.S. SUDDARTH, D.S. Enfermería Práctica. 6ª Ed. Artel; 1987.

DARRON, T. Cuadernos de la enfermera n° 18. Editorial Toray-Masson; 1980.

DUBIN, D. Electrocardiografía Práctica. Editorial Interamericana; 1984.

HINAUT, G. Cuadernos de la Enfermera n° 16. Editorial Toray-Masson; 1979.

KING, E.M. Técnicas de Enfermería. Editorial Rol; 1982.

Manual de Procedimientos de Enfermería del Hospital General de Massachussets (Boston). Editorial Salvat; 1988.

NETZEL, C. y otros. Protocolos de Enfermería. Editorial Doyma; 1988.

Nursing photobook. Teapéutica intravenosa en enfermería. Ed. Doyma, 1985.

QUEVAUVILLIERS, J. y otros; Cuadernos de la Enfermera n° 2. Editorial Toray-Masson; 1981.

SLISBURY, R.E. Manual de tratamiento de quemaduras. Editorial Salvat; 1986.

SAEGESSER. Manual de Cirugía. Editorial Daimon.

SELVA OKOKUMUCHI, J.S. y otros. Manual de Surturas. Laboratorio Marín, S.A.

SÉNÉCHAL, G. BERTRAND, J-J. MICHEZ, E. Cuadernos de la enfermera n° 14. Editorial Toray-Masson; 1980.

SCHIMMEL, F.S. JUNGERS, P. Cuadernos de la enfermera n° 11. Editorial Toray-Masson; 1980.

TORRE, E. de la. Técnicas de enfermería. 2ª Ed. Editorial Rol; 1988.

WIECK, L. KING, E.M. DYER, M. Técnicas de enfermería. Manual ilustrado. 3ª Ed. Editorial Interamericana. Mc.Graw-Hill; 1988.

