A large, abstract graphic on the left side of the page, consisting of several overlapping, curved bands of red and white, creating a sense of movement and depth.

Jose Gonzalez Gil, Jesus Gonzalez Benitez, Juan
Castro Lopez

**PROCEDIMIENTOS DE
ENFERMERIA:
MOVILIZACION Y
SEGURIDAD**

**PROCEDIMIENTOS
DE ENFERMERIA:
MOVILIZACION Y SEGURIDAD**

AUTORES

José González Gil

Jesús González Benítez

Juan Castro López

EDITORIAL

Bubok

© PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA: MOVILIZACION Y SEGURIDAD
© JESUS GONZALEZ BENITEZ, JOSE GONZALEZ GIL, JUAN CASTRO LOPEZ
ISBN papel 978-84-686-2562-1
Impreso en España
Editado por Bubok Publishing S.L

DEDICATORIA

Desde aquí mostrar nuestro agradecimiento a todos los compañeros tanto médicos como personal de enfermería que nos han ayudado a la realización de esta guía.

INDICE

1- PROLOGO

2- NORMAS PARA MOVILIZAR AL PACIENTE

3- POSICIONES DE LOS PACIENTES ENCAMADOS

4- MOVER AL PACIENTE HACIA LA CABECERA DE LA CAMA

5- MOVER AL PACIENTE DESDE LA CAMA A OTRA CAMA

6- MOVER AL PACIENTE DE LA CAMA A SILLA

7- ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS

8- MEDIDAS DE CONTENCION AL PACIENTE

9- NORMAS GENERALES PARA LA PREVENCION DE INFECCIONES

10- INFECCIONES NOSOCOMIALES

11- PRECAUCIONES ESTANDAR

12- LAVADO DE MANOS: HIGIENICO Y ANTISEPTICO

13- PREPARACION DE CAMPO ESTERIL

14- LIMPIEZA DEL MATERIAL

15- ALMACENAMIENTO DEL MATERIAL ESTERIL

16- PREVENCION ULCERAS POR PRESION

17- CUIDADOS ULCERAS POR PRESION

18- VALORACION DE RIESGOS DE UPP

19- VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS

20- BIBLIOGRAFIA

1- PROLOGO

Durante el proceso asistencial, son muchas las decisiones que el profesional de enfermería debe tomar para la prestación de cuidados, siendo imprescindible que se le dote de los instrumentos que le permitan una utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible.

Este manual de procedimientos de enfermería sobre la movilización y seguridad nace con el objetivo de sistematizar los cuidados que reciben los pacientes en la asistencia sanitaria, y fruto de la necesidad de dotar a los profesionales de enfermería de herramientas e instrumentos que guíen y mejoren la práctica de tal actividad.

En este manual, los profesionales de Enfermería encontrarán las técnicas, procedimientos y guías sobre la movilización de los pacientes y sobre técnicas de seguridad.

Como autores de este manual estamos totalmente convencidos que será muy útil para el personal de enfermería en el desarrollo de su trabajo además de servir para mejorar la calidad asistencial a los pacientes, ya que son los beneficiarios más directos de este manual.

2- NORMAS PARA MOVILIZAR AL PACIENTE

DEFINICION

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede realizarlas por sí mismo.

OBJETIVOS

- Mantener la comodidad del paciente encamado.
- Mantener la alineación corporal del paciente.
- Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.)

EQUIPO

- Almohadas, según precise.
- Arco balcánico.
- Sistemas mecánicos para movilizar enfermos.
- Ropa de cama: sábana bajera a modo de entremetida, sábanas.
- Sillón.
- Trapecio.

MATERIAL

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Antes de movilizar a un paciente valorar la intensidad del ejercicio permitido, la capacidad física del paciente, su capacidad para entender las instrucciones, la comodidad o incomodidad producida por el movimiento, el peso del paciente, la presencia de hipotensión ortostática y su propia fuerza y capacidad para movilizar al paciente.
- Utilizar una mecánica corporal adecuada para evitar autolesionarse.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar la cama en posición adecuada y frenada.
- Proteger vías, drenajes, sondas y otros dispositivos que pueda tener el paciente.
- Colocarse de frente a la dirección del movimiento para evitar el giro de la espalda.
- Adoptar una postura de base amplia para aumentar la estabilidad y mantener el equilibrio.
- Inclinar el tronco hacia delante y flexionar las caderas para hacer descender el centro de gravedad.
- Contraer los músculos glúteos, abdominales, de las piernas y los brazos a dfin de ensayar el movimiento y evitar lesiones.
- Balancearse desde la pierna de delante a la de atrás cuando tenga que tirar, o desde la pierna de atrás a la de adelante cuando tenga que empujar para vencer la inercia, resistir el peso del paciente y obtener más fácilmente un movimiento suave y equilibrado.
- Movilizar al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas bruscas.
- Colocar dispositivos de apoyo necesarios para mantener la alineación corporal (almohadas, estribo, bota de pie...)
- Vigilancia del estado general del paciente.
- Dejar al paciente en una postura cómoda.

- Retirar el material utilizado.
- Retirase los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar los cuidados realizados en los registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Los problemas de alineación que más a menudo pueden corregirse con los dispositivos de apoyo son:

Flexión del cuello.

Rotación interna del hombro.

Aducción del hombro.

Flexión de la muñeca.

Convexidad anterior de la columna lumbar.

Rotación externa de las caderas

Hiperextensión de las rodillas.

Flexión plantar del tobillo.

- Evitar el dolor, ansiedad y confusión.

- Evitar mantener la presión prolongada sobre la misma zona.

- Cuando el paciente es portador de tracción mecánica:

En las movilizaciones del paciente en cama, una persona debe vigilar los elementos de la tracción para controlar la tensión, evitar desplazamientos, evitar contracciones musculares y mantener el alineamiento del eje de tracción.

Vigilar alteraciones locales de la zona afectada: enrojecimiento, edema, supuración.

3- POSICIONES DE LOS PACIENTES ENCAMADOS

DEFINICION

Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

OBJETIVO

- Colocar al paciente en la posición indicada para conseguir su comodidad o para realizar algún cuidado o exploración.
- Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, trastornos circulatorios, etc).

EQUIPO

Equipo para la movilización de los pacientes

MATERIAL

Material para la movilización de los pacientes.

DECUBITO SUPINO O DORSAL

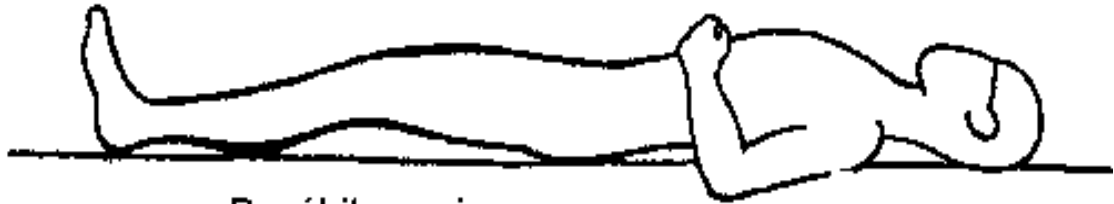
- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándonos de que está frenada.
- Colocar al paciente tendido sobre su espalda, con las piernas extendidas y los brazos al lado del cuerpo, guardando el eje longitudinal.
- Colocar la almohada bajo la cabeza, zona lumbar y huecos poplíteos.
- Cuando el paciente se desplace hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera según el procedimiento desplazamientos de los pacientes.
- Acomodar la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.
- Vigilar las zonas del occipucio, omóplatos, codos, sacro, cóxis, talones y dedos de los pies.
- Posición de decúbito supino dorsal para relajar las paredes musculares abdominales: el paciente se encuentra en esta posición pero con las piernas flexionadas por la rodilla y ligeramente separadas. Las plantas de los pies están apoyadas sobre la cama.

INDICACIONES

- Examen de tórax.
- Examen abdomen.
- Examen miembros superiores e inferiores.
- Postoperatorio.
- Estancia en la cama.
- Cambios de posición..
- Palpación de mamas.

Contraindicaciones:

- Ancianos.
- Enfermos respiratorios.
- Enfermos de larga duración en cama.



Decúbito supino

DECUBITO PRONO O VENTRAL

- Seguir normas generales de movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que está frenada.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre tórax y abdomen.
- Descansar la cabeza sobre una almohada pequeña, evitando una excesiva distensión de la columna vertebral.
- Colocar una almohada pequeña debajo del abdomen por debajo del diafragma.
- Apoyar los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.
- Colocar una pequeña almohada debajo de la flexura de los pies para elevar los dedos de los pies.
- Vigilar los dedos de los pies, rodillas, genitales en el varón y mamas en la mujer, mejillas y oídos.

INDICACIONES

- Exploraciones de espalda
- Pacientes intervenidos de columna
- Cambios posturales.



Decúbito prono

POSICION DE ROSER

El paciente se halla en decúbito supino con la cabeza colgando, con el objetivo de mantener el cuello en hiperextensión.

INDICACIONES

- Intubación traqueal
- Exploraciones faríngeas
- Intervenciones quirúrgicas (bocio)
- Lavado de cabello en pacientes encamados.

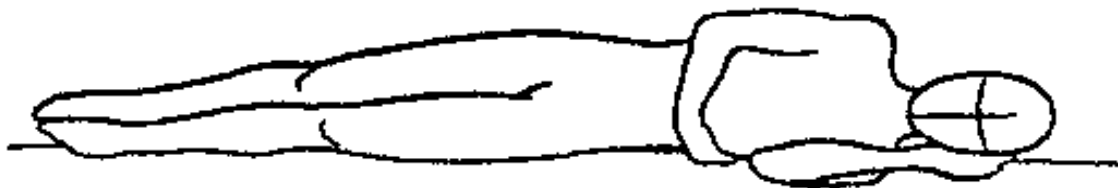


DECUBITO LATERAL

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre el lado derecho o izquierdo.
- Colocar una almohada bajo la cabeza y cuello.
- Colocar ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya a la altura del hombro sobre la almohada. El otro brazo descansa sobre el colchón con el hombro ligeramente adelantado.
- Colocar una almohada bajo la pierna superior, semiflexionada desde la ingle hasta el pie.
- Colocar una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo.
- Elevar la cabecera de la cama según las necesidades y seguridad del paciente.
- Vigilar las zonas de las orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maleólos.

INDICACIONES

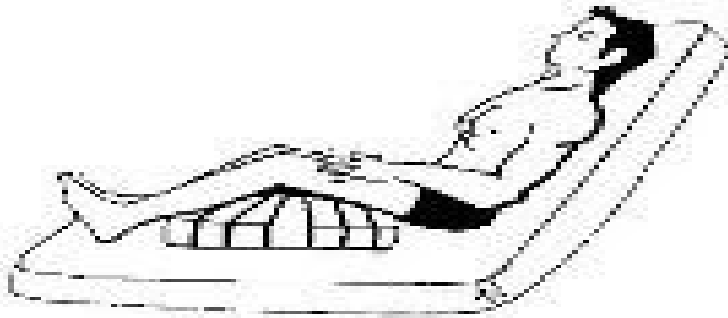
- Administración de enemas
- Administración supositorios
- Administración inyectables intramusculares
- Estancia en cama
- Cambios posturales
- Para hacer la cama ocupada.



Decúbito lateral

POSICION SENTADA

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Colocar al paciente en posición sentado, el paciente se encuentra sentado sobre la cama con las extremidades inferiores extendidas y con las superiores dirigidas hacia delante, pudiendo estar las manos apoyadas sobre la cama.
- Colocar una almohada para sostener la cabeza y otra en la zona lumbar.
- La posición de ortopnea: sentado en la cama con una bandeja de cama sobre el regazo, apoyado en una almohada inclinado hacia delante. Esta postura facilita la respiración.



POSICION FOWLER Y SEMIFOWLER

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Elevar la cabecera de la cama entre 45° y 60°.
- Retirar almohada de la cabeza.
- Colocar una almohada en la zona lumbar, otra bajo los muslos y una almohada pequeña bajo los tobillos.
- Vigilar las zonas del sacro, tuberosidad isquiática, talones y codos.
- La posición de semi-fowler tiene un grado de inclinación menor de 30°.
- La posición fowler modificada la diferencia con la fowler estriba en el arqueamiento de la articulación de la rodilla y cuando el paciente está sentado con inclinación y reposo sobre una mesa o varias almohadas.

INDICACIONES

- Exploraciones de otorrinolaringología
- Paciente con problemas respiratorios (asma, epoc, enfisemas)
- Pacientes con problemas cardíacos
- Exploraciones de cabeza, torác.

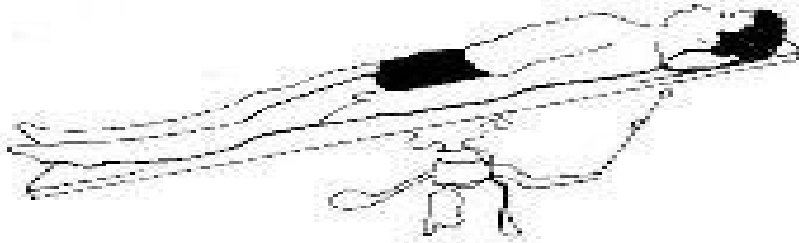


POSICION DE TRENDELENBURG

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino inclinando el plano de la cama de tal forma que la cabeza del paciente queda en un plano inferior al de los miembros inferiores.
- Vigilar omóplatos, sacro, coxis, talones, dedos de los pies, codos y protección de la cabeza.
- Vigilar el estado de conciencia del paciente para evitar aspiraciones en caso de tener vómitos.
- La posición antitrendelenburg o Morestin se inclina el plano de la cama de tal forma que la cabeza queda por encima de los miembros inferiores.

INDICACIONES

- Exploraciones radiográficas
- Intervenciones quirúrgicas (bocio)
- En caso de hernia de hiato
- Pacientes con problemas respiratorios
- Facilita la circulación sanguínea a nivel de las extremidades inferiores.



SIMS O SEMIPRONA

DEFINICION

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para realizarle algún cuidado (administración de enemas, medicación, tactos rectales y extracción de fecalomas.)

EQUIPO

Equipo de la movilización del paciente.

MATERIAL

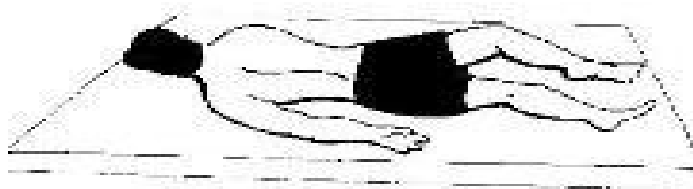
Material de la movilización del paciente.

PROCEDIMIENTO

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar cama en posición horizontal, asegurándose de que esté frenada.
- Colocar al paciente en posición horizontal descansando sobre el abdomen.
- Un brazo está detrás del cuerpo y otro flexionado por el hombro y el codo.
- Colocar una almohada bajo la cabeza del paciente.
- Colocar una almohada bajo el brazo superior, flexionado, apoyando esté a la altura del hombro.
- Colocar una almohada bajo la pierna superior flexionada, a la altura de la cadera.

INDICACIONES

- Posición lateral de seguridad
- Exámenes rectales
- Administración de enemas y medicación rectal
- Colocación de sondas rectales
- Facilitar el drenaje de secreciones
- Relajación muscular.



POSICION DE LITOTOMIA

DEFINICION

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

OBJETIVO

Proporcionar la posición adecuada para la exploración ginecológica, lavado de genitales, sondaje vesical en la mujer, administración de medicamentos, contrastes y toma de muestras.

EQUIPO

- Entremetida.
- Cama articulada o camilla ginecológica
- Almohada.

MATERIAL

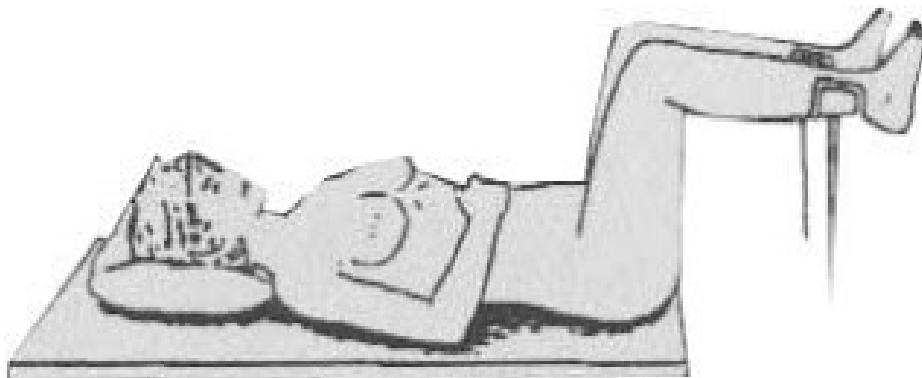
- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Retirar ropa interior si la tuviera.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Poner al paciente en posición supino.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas en posición perpendicular a la cama y que separe las piernas.
- Cubrir abdomen y área genital con una entremetida.
- Elevar la cabecera de la cama con una almohada.
- Dejar al paciente con una posición cómoda al finalizar la exploración o técnica.

INDICACIONES

- Exámenes ginecológicos vaginales, rectales y vesicales
- Partos
- Intervenciones ginecológicas
- Lavado genital
- Sondaje vesical en la mujer
- Exámenes manual o instrumental de la pelvis
- Exámenes en el embarazo.



POSICION GENUPECTORAL

DEFINICION

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

OBJETIVO

Proporcionar la posición adecuada para examinar recto, vagina y próstata del paciente.

EQUIPO

- Almohada.
- Cama articulada o camilla.
- Entremetida.

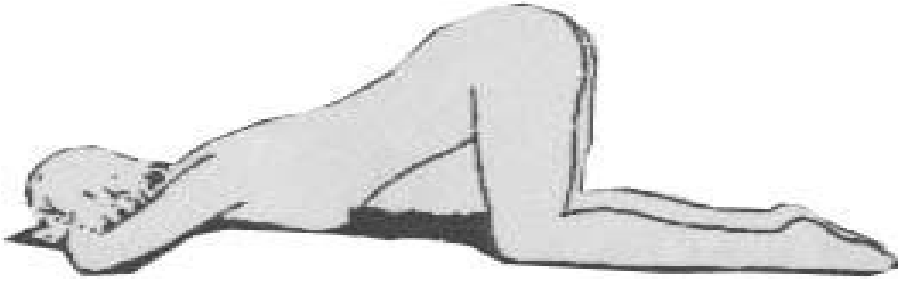
MATERIAL

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Retirar ropa interior del paciente.
- Colocar al paciente de rodillas sobre la cama. Las rodillas estarán ligeramente separadas y los muslos perpendiculares a la cama.
- Hacer descansar el cuerpo del paciente sobre las rodillas y pecho.
- Volver la cabeza del paciente hacia un lado y los miembros superiores por encima de la altura de la cabeza flexionándolos a nivel de los codos.

- Cubrir al paciente con la entremetida.
- Dejar al paciente en posición cómoda una vez realizada la exploración o técnica.



4- MOVER AL PACIENTE HACIA LA CABECERA DE LA CAMA

DEFINICION

Conjunto de actividades para movilizar al paciente encamado que no puede moverse por sí mismo.

OBJETIVO

Desplazar al paciente encamado a una posición adecuada para favorecer su bienestar y comodidad.

EQUIPO

Equipo de la movilización del paciente.

MATERIAL

Material de la movilización del paciente.

PROCEDIMIENTO

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.

- Paciente que puede colaborar:

Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.

Pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama.

Indicar al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplazamos hacia la cabecera.

- Pacientes que no puedan colaborar:

Colocar una sábana doblada a modo de entremetida debajo del paciente desde los hombros hasta los muslos.

El personal se situará a cada lado del paciente y con la ayuda de la sábana, se desplazará al paciente hacia la cabecera de la cama, evitando así los movimientos de fricción.

Subir la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.



5- MOVER AL PACIENTE DESDE LA CAMA A OTRA CAMA

DEFINICION

Conjunto de actividades para movilizar al paciente encamado que no puede moverse por sí mismo.

OBJETIVO

Desplazar al paciente hacia otra cama o camilla para su transporte hacia exploraciones, pruebas y traslado a otra unidad o hospital, asegurando su comodidad y bienestar.

EQUIPO

- Sábanas.
- Almohadas.
- Camilla o cama.

MATERIAL

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.

Si participan 4 personas:

- Colocar la cama o camilla junto a la del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.
- Retirar ropa de cama que cubre al paciente.
- Se colocarán 2 personas al lado de la cama del paciente y otras 2 personas al lado de la camilla o cama.
- Enrollar los extremos de la sábana que está debajo del paciente lo más cerca posible del paciente.
- A la señal convenida elevar ligeramente al paciente a la vez que se desplaza hacia la camilla o cama.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y taparlo.

Si participan 3 personas:

- Colóquese una persona a la cabecera, otra a los pies y otra en el lado de la camilla o cama.
- Colocar las manos del paciente cruzadas sobre el tórax y los pies también cruzados.
- Coger al paciente por debajo de las axilas y sujetar por las muñecas, por los pies, y por la espalda y nalgas.
- A la señal convenida elevar y desplazar hacia la camilla al paciente.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y tapado.

6- MOVER AL PACIENTE DE LA CAMA A SILLA

DEFINICION

Conjunto de actividades para movilizar al paciente encamado que no puede moverse por sí mismo.

OBJETIVO

Desplazar al paciente de la cama al sillón o silla de ruedas garantizando su seguridad y bienestar.

EQUIPO

Equipo de la movilización del paciente.

MATERIAL

Material de la movilización del paciente.

PROCEDIMIENTO

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.
- Aproximar el sillón o silla de ruedas a la cama en posición paralela.
- Cubrir el sillón o silla con una sábana
- Retirar las almohadas.
- Colocar al paciente en posición de Fowler.
- Colocar los brazos del paciente cruzados sobre su tórax.
- Si la situación del paciente lo permite, el paciente se ayudará con el triángulo de apoyo del cuadro Balcánico.
- Sujetar al paciente pasando los brazos por debajo de las axilas del paciente.
- Otra persona se colocará frente a la cama delante del sillón cogiéndole las rodillas y tercio inferior de muslos con los antebrazos.
- A la señal convenida levantar al paciente y sentarlo en el sillón.
- Colocar elementos de protección y almohadas de apoyo si fuera preciso.

OBSERVACIONES

- Bloquear los frenos de ambas ruedas cada vez que el paciente se traslada o abandona la silla.
- Levantar los tableros de los pies antes de poner al paciente en la silla.
- Bajar los tableros de los pies después del traslado y colocar los pies encima de ellos.
- Comprobar que el paciente está bien colocado en el respaldo y asiento de la silla de ruedas.
- En los pacientes afectados de confusión mental utilizar cinturones de seguridad para evitar caídas.



NORMAS DE SEGURIDAD EN LAS SILLAS DE RUEDA

- Bloquear los frenos de ambas ruedas cada vez que el paciente se traslada o abandona la silla.
- Levantar los tableros de los pies antes de poner al paciente en la silla.
- Bajar los tableros de los pies después del traslado y colocar los pies encima de ellos.
- Comprobar que el paciente está bien colocado en el respaldo y asiento de la silla de ruedas.
- En los pacientes afectados de confusión mental utilizar cinturones de seguridad para evitar caídas.

7- ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE CAIDAS

DEFINICION

Conjunto de actividades que planifica la enfermera para pacientes con riesgo de lesiones por caídas.

OBJETIVOS

- Prevenir las caídas del paciente hospitalizado.
- Establecer precauciones en pacientes con riesgo de lesión por caídas.
- Educar al paciente y la familia en las medidas de prevención de caídas.

PACIENTES DE RIESGO

Se considera anciano de alto riesgo de caídas a las personas mayores de 75 años, o de 70-74 años con uno o más de los siguientes factores:

- Alteración cognitiva
- Alteración del equilibrio
- Alteración de la marcha
- Debilidad muscular
- Uso de medicamentos psicotropos o cardiológicos
- Uso de 4 o más medicamentos.

EQUIPO

- Cama.
- Barras.
- Andadores, muletas, bastones, etc.
- Tijeras.

MATERIAL

- Sujeciones mecánicas.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo de caída (a través de la escala de Downton): si el paciente utiliza correctamente los dispositivos de ayuda, si se han colocado barreras para prevenir las caídas, la altura de la cama si es adecuada, si el paciente está inquieto o agitado, si toma medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.
- Mantener barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente, si procede.
- Enseñar en la utilización de calzado adecuado y correctamente ajustado, durante su estancia hospitalaria.
- Identificar las características del ambiente (iluminación, tipo de suelo, etc.) que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Retirar de la habitación del paciente el material que pueda provocar caídas.
- Vigilar la deambulacion del paciente y ayudar en la misma al paciente inestable.

- Proporcionar dispositivos de ayuda a la deambulación para conseguir una movilidad estable (bastón, muletas, andador, etc.)
- Comprobar que la cama esté frenada.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si precisa.
- Utilizar las barandillas de la cama, si precisa.
- Mantener medidas de contención, si precisa, como última medida.
- Mantener una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Enseñar al paciente a incorporarse de forma progresiva y lenta de la cama.
- Evaluar de forma continua la seguridad del paciente.
- Registrar las medidas tomadas en la documentación de enfermería.

EN CASO DE CAIDA

- Trasladar al paciente a la cama.
- Solicitar ayuda si es necesario.
- Tranquilizar al paciente y familia tras la caída.
- Valorar la existencia de lesiones, y en caso de existir avisar al médico.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Administrar los cuidados necesarios en relación a la lesión provocada.
- Detectar la causa de la caída.
- Planificar los cuidados necesarios para evitar otra caída.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados llevados a cabo.

OBSERVACIONES

En la prevención de caídas es fundamental la identificación del paciente de riesgo, así como conocer las causas que las provocan.

8- MEDIDAS DE CONTENCION AL PACIENTE

DEFINICION

Conjunto de acciones que se llevan a cabo con el fin de inmovilizar a un paciente en la cama cuando el resto de medidas tomadas no hayan sido efectivas.

OBJETIVO

Evitar que el paciente se lesione así mismo o a los demás.

EQUIPO

- Tijeras.
- Cama articulada.

MATERIAL

- Sujeciones mecánicas.
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

Determinar el tipo de contención que se va a utilizar en función de las necesidades de cada paciente. Si esta va a ser completa o parcial.

- Antes de elegir la medida se debe valorar los siguientes aspectos:

1. Limitar el movimiento del paciente lo menos posible.
2. No interferir el tratamiento o el problema de salud del paciente.
3. Facilidad para el cambio, las sujeciones deben cambiarse a menudo y estar siempre limpias.
4. Resulte segura para el paciente
5. Lo menos llamativa posible.

- Realizar lavado de manos.

- Trasladar el material a la habitación del paciente.

- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente y familia de la necesidad de la contención y de las conductas necesarias para el cese de la intervención.

- Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de contención.

- Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.

- Retirar anillos, pulseras, collares y proteger las prominencias óseas.

- Realizar la contención del paciente de forma rápida, coordinada y eficaz

- Revisar el entorno cercano al paciente retirando aquellos objetos que puedan ser peligrosos.

- Evaluar al menos cada 8 horas la necesidad del paciente de continuar con la sujeción.

- Retirar gradualmente las sujeciones a medida que aumente el autocontrol.

- Valorar la respuesta del paciente al retirar la sujeción.

- Retirar material.

- Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: el fundamento de la aplicación de la intervención, tipo de sujeciones utilizadas, respuesta del paciente a la contención, signos y síntomas de posibles complicaciones y las razones del cese si procede.

OBSERVACIONES

- Revisión frecuente de las sujeciones.

- Este procedimiento se debe llevar a cabo cuando el resto de medidas de protección hayan

fracasado.

POSIBLES COMPLICACIONES

- Úlceras por presión.
- Isquemia periférica.
- Compresión nerviosa.
- Luxaciones, fracturas.
- Tromboembolismos.
- Broncoaspiración.
- Insuficiencia respiratoria.

INDICACIONES

- Estados de agitación psicomotriz.
- Estados confusionales.
- Estados de de auto/heteroagresividad.
- Desde el punto de vista ético la contención mecánica es un procedimiento útil e incluso necesario siempre que se ajuste a las indicaciones clínicas.

TIPOS DE SUJECCION

SUJECCIÓN DE EXTREMIDADES

- Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con una presión moderada.
- Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente, a la estructura inmóvil de la cama (no a las barandillas de la cama).
- Comprobar el estado de la piel en el punto de sujeción: color, temperatura y sensibilidad de las extremidades sujetadas.
- Permitir movimiento y ejercicio de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.



SUJECCIÓN DEL TRONCO

- Sujetar al paciente a nivel de la cintura o del tórax por debajo de las axilas.
- Poner la sujeción por encima del pijama del paciente (nunca sobre la piel).
- Comprobar el estado de la piel en el punto de sujeción: color, temperatura.
- Valorar la respiración del paciente.



SUJECCIÓN DE TIPO MOMIA: LACTANTES NIÑOS PEQUEÑOS

- Se basa en pliegues especiales de una manta o sábana alrededor del pequeño para impedir su movimiento durante la realización de un procedimiento como el lavado gástrico, o la extracción de una muestra de sangre.
- Elegir una sábana o manta que la distancia entre las dos esquinas sea el doble que el cuerpo del niño y extenderla sobre una superficie plana.
- Doblar una esquina y colocar al niño en decúbito supino.
- Plegar el lado derecho de la sábana sobre el cuerpo del niño, dejando el brazo izquierdo libre.
- Plegar la parte inferior de la manta sobre el niño.
- Colocar el brazo izquierdo en su posición natural y cubrir con la parte izquierda de la sábana, remeter la sábana bajo el cuerpo.
- Permanecer al lado del niño con una sujeción de tipo momia hasta que termine el procedimiento.



9- NORMAS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES

DEFINICIÓN

Aplicación de medidas de prevención y detección precoz de la infección, por parte de la enfermera, en un paciente de riesgo.

OBJETIVOS

- Minimizar el riesgo de desarrollar una infección nosocomial.
- Educar al paciente y familia en las medidas de prevención de la infección.

EQUIPO

- Equipo necesario según los cuidados que se apliquen.

MATERIAL

- Material necesario según los cuidados que se apliquen.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Valorar los signos o síntomas de infección.
- Valorar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Limitar el número de visitas si procede.
- Mantener las normas de asepsia en el paciente.
- Aplicar las precauciones de aislamiento, si procede.
- Seguir las precauciones estándar.
- Lavarse las manos antes y después de cada procedimiento.
- Desinfección alcohólica de las manos.
- Curar las heridas con técnica estéril y cambiar los apósitos y vendajes cuando estén húmedos o sucios.
- Valorar el estado de cualquier herida, drenaje o punción.
- Insertar y cuidar los catéteres con técnica estéril.
- Mantener los drenajes y sistemas de infusión en circuito cerrado.
- Manipular lo menos posible los sistemas de infusión.
- Fomentar la ingesta nutricional y de líquidos necesarios.
- Facilitar el descanso.
- Ayudar a los pacientes a realizar una correcta higiene de la piel y de la boca.
- Desechar convenientemente la ropa de cama húmeda y manchada.
- Desechar las heces y la orina en los recipientes adecuados.
- Mantener la integridad de piel y mucosas.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad.
- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y de cómo evitarla.
- Enseñar a los pacientes y familia a lavarse las manos antes de comer, después de evacuar excrementos y después de tocar material infeccioso.
- Emplear medidas de limpieza y desinfección del mobiliario y habitación del paciente.
- Los enseres de aseo del paciente serán individuales.
- Desechar los residuos sanitarios según la gestión de residuos.

OBSERVACIONES

Informar de la sospecha de infecciones nosocomiales al servicio de Medicina Preventiva.

10- INFECCIONES NOSOCOMIALES

Las Infecciones Nosocomiales (IN) también llamadas Infecciones Hospitalarias, son infecciones que se desarrollan dentro de una unidad hospitalaria.

Aparecen en los pacientes a las 48 a 72 horas luego de su ingreso a un hospital de agudos y que, a la vez, son provocadas por microorganismos multiresistentes adquiridos durante la hospitalización. La mayoría de las IN son clínicamente diagnosticadas mientras los pacientes se hallan todavía hospitalizados, sin embargo, el inicio de la enfermedad puede ocurrir luego de que el paciente haya sido dado de alta.

Así, el 25 % de las infecciones de la herida quirúrgica se tornan sintomáticas luego de que el paciente fue dado de alta, estando en estos casos el paciente colonizado o infectado en el hospital, mas el período de incubación de la infección fue más largo que su estancia.

Este mismo fenómeno es visto en pacientes con Hepatitis B, infecciones neonatales o abscesos mamarios.

Las infecciones que se producen al momento del ingreso al hospital no se los cataloga como IN, estas son infecciones comunitarias, al menos que ellas resulten de una hospitalización previa.

Las infecciones nosocomiales no solo afectan a los pacientes, sino a cualquier persona que se encuentre en el entorno hospitalario como los trabajadores de salud, auxiliares, personal administrativo, visitas, voluntarios y personal de apoyo.

Estas infecciones conllevan un aumento de la morbilidad y mortalidad hospitalaria, añadido a un consecuente aumento de los costos monetarios, determinados fundamentalmente por la prolongación de la estancia hospitalaria y el uso de antimicrobianos de amplio espectro mucho mas costosos.

En los países desarrollados la incidencia oscila en un 10% de los pacientes ingresados en hospitales, este porcentaje se incrementa hasta un 25% en países en via de desarrollo.

Respecto a su localizacion el 80% se hallan representadas por cuatro tipos de procesos:

- Infecciones del tracto urinario
- Infecciones del sitio quirurgico
- Septicemia por uso de cateteres intravasculares
- Neumonía por uso de ventilador en unidad de cuidados intensivos

Un cuarto de las IN se adquieren en la UCI y se ha demostrado que el 70% de las IN son debidas a microorganismos multiresistentes asociados con el uso inadecuado de antibioticos en el entorno hospitalario.

CAUSAS DE INFECCION NOSOCOMIAL

- La causa principal es la capacidad agresiva y contaminante que comportan muchas de las maniobras que se realizan en el hospital.
- Las defensas contra la infección se hallan disminuidas en los pacientes ingresados.
- El ingreso al hospital de pacientes con enfermedades infectocontagiosas.
- Los pacientes hospitalizados son atendidos por muchos trabajadores de la salud.

- Por deficiencia en la ejecución de las normas de higiene hospitalaria.

CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

Al ser una causa importante de morbilidad, mortalidad y costes, se justifica la puesta en marcha de una propuesta estructural e integrada que permita contener o al menos disminuir, de manera significativa estos costos humanos y financieros.

Se ha demostrado que los programas de control de la infección nosocomial son muy costo-efectivos ya que aproximadamente un tercio de estas infecciones son prevenibles, por lo que consideramos necesario desarrollar una amplia estrategia de prevención sustentada en cada realidad hospitalaria.

Este trabajo se fundamenta en la ejecución de medidas básicas de control de la infección nosocomial, como es el fortalecimiento prioritario de la higiene de manos, la higiene hospitalaria, la inmunización del personal sanitario, el uso racional de antibióticos, control de la resistencia bacteriana, vigilancia de infección hospitalaria, investigación e innovación y fundamentalmente la educación del personal sanitario.

CLASIFICACION RESIDUOS SANITARIOS

GRUPO I

Residuos asimilables a los municipales.

La recogida se realiza mediante bolsa, cuyo color lo determina la comisión de residuos de cada institución.

GRUPO II

Residuos sanitarios no específicos

Se recoge mediante bolsa, cuyo color lo determina la comisión de residuos de cada institución.

GRUPO III

Residuos sanitarios de riesgo específico:

- Residuos sanitarios de enfermos con enfermedades infecciosas.
- Residuos anatómicos, sangre y hemoderivados.
- Agujas y otro material punzante y /o cortante.
- Procedentes de animales de laboratorio infectados.
- Vacunas vivas.

La recogida es mediante bolsa, cuyo color lo determina la comisión de residuos de cada institución.

Se almacenan en contenedores rígidos de 30 a 60 litros, de un solo uso.

Para los objetos punzantes y cortantes se utilizan contenedores de 1 a 10 litros.

Una vez llenos los contenedores deben cerrarse herméticamente.

GRUPO IV

Residuos tipificados y normativizados:

- Residuos contaminados químicamente.
- Residuos contaminados con productos químicos
- Fármacos
- Termómetros de mercurio,
- Disolventes,
- Reactivos químicos de laboratorio,
- Residuos radioactivos,
- Restos anatómicos humanos

Recogida mediante contenedores rígidos, herméticos de 30 a 60 litros de un solo uso y que permitan la incineración.

Se ubican en las unidades y zonas de preparación de los servicios que generan este tipo de residuos.

11- PRECAUCIONES ESTANDAR

DEFINICION

Medidas a adoptar por el personal sanitario ante cualquier paciente hospitalizado, independientemente de la patología que padezca, siempre que vaya a entrar en contacto con sangre o fluidos corporales, excepto el sudor, piel no intacta y membranas mucosas.

OBJETIVO

Prevenir la transmisión de patógenos que se vehiculizan a través de la sangre o fluidos corporales, piel no intacta y membranas mucosas mediante la interposición de barreras adecuadas.

EQUIPO

Equipo necesario para aplicar las precauciones.

MATERIAL

- Material necesario para aplicar las precauciones, barreras físicas como: guantes, jabón, antiséptico, mascarillas, batas, calzas y gafas.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente y familia de las medidas adoptadas y su fundamento.
- Ponerse guantes siempre que se vaya a entrar en contacto con cualquier mucosa del paciente o fluidos corporales excepto el sudor.
- Retirarse los guantes tras el contacto con un paciente. No circular con guantes
- El uso de guantes no exime en ningún caso de la necesidad de descontaminación de las manos.
- Lavarse las manos antes y después de la asistencia al paciente y al ponerse o quitarse los guantes.
- Utilizar la mascarilla, gafas y bata siempre que exista el riesgo de salpicadura y cambiar inmediatamente si estas se manchan.
- En caso de salpicadura de sangre o fluidos en mucosas lavar abundantemente con suero salino y aplicar un antiséptico. Si la salpicadura se produce en los ojos, aplicar un colirio antiséptico.
- Las agujas no deben recapsularse ni manipularlas. Tras la utilización se depositarán en los contenedores para material punzante y de riesgo biológico.
- Ante una parada cardiorrespiratoria utilizar el ambú en la ventilación del paciente.
- Las muestras de laboratorio de sangre o líquidos corporales deben remitirse al laboratorio en recipientes cerrados.
- Si existe derramamiento de sangre o líquidos corporales sobre la piel del personal (intacta o no): lavar inmediatamente con agua y jabón y uso de antiséptico.
- La eliminación de los residuos hospitalarios se hará de acuerdo a la política de gestión de residuos con riesgo biológico.

OBSERVACIONES

- La descontaminación de superficies (verticales y horizontales) contaminadas con sangre o fluidos corporales se realizará inmediatamente con agua y lejía al 1/10

12- LAVADO DE MANOS: HIGIENICO Y ANTISEPTICO

DEFINICION

Medidas higiénicas que persiguen eliminar el mayor número posible de microorganismos patógenos de las manos mediante la técnica de lavado de manos con agua, jabón neutro y antiséptico.

OBJETIVOS

- Prevenir la propagación y transmisión de microorganismos patógenos.
- Disminuir la flora bacteriana de las manos antes de un procedimiento.
- Disminuir la prevalencia de la infección nosocomial en los centros sanitarios

EQUIPO

- Lavabo para las manos.

MATERIAL

- Agua.
- Jabón neutro y antiséptico.
- Solución desinfectante alcohólica para las manos.
- Cepillo desechable.
- Toalla a ser posible desechable.

PROCEDIMIENTO

- Iniciar el lavado manual, abriendo el paso del agua.
- Mojar las manos.
- Enjabonar manos y muñecas por delante y por detrás, insistiendo en los espacios interdigitales unos 40-60 segundos.
- Enjuagar manos y muñecas.
- Cerrar el paso del agua con los codos o con una toalla desechable.
- Secar las manos y muñecas con toallas de celulosa y desechar.
- Realizar desinfección alcohólica de las manos si procede. Se realiza frotando suavemente las palmas, dorsos y dedos de las manos durante 15-30 segundos, hasta que las manos estén secas. La cantidad de producto a utilizar dependerá de la solución utilizada.
- En el lavado antiséptico utilizar jabón antiséptico. Aplicar unos 5cm³ durante un tiempo de unos 2 minutos.

OBSERVACIONES

- No utilizar barnices de uñas.
- Mantener las uñas cortas y limpias. Está prohibido el uso de uñas artificiales.
- No aplicar cremas en las manos durante la jornada laboral pues interfieren en la efectividad de las soluciones antisépticas.
- Aplicar cremas protectoras en las manos al final de la jornada laboral.
- El lavado de manos con solución alcohólica está indicado en las situaciones de antisepsia rápida de las manos, antes y después de mantener contacto con enfermos o materiales potencialmente contaminados, antes de realizar cualquier procedimiento de enfermería de corta duración y tras la retirada de guantes.

CUANDO LAS MANOS ESTAN MANCHADAS O CONTAMINADAS

- Lavado de manos con agua y jabón normal y después aplicación de la solución alcohólica.
- Lavado de manos con agua y jabón antiséptico

LAVADO HIGIENICO

- A la llegada y salida de la unidad de trabajo.
- Antes y después de la distribución de las comidas y de comer.
- Antes y después de extracciones sanguíneas, excepto hemocultivos que es un lavado antiséptico.
- Después de manipular objetos en contacto con el paciente.
- Antes y después de usar guantes limpios.
- Antes y después de preparar la medicación.
- Después de hacer uso del wc, estornudar o sonarse la nariz.
- Después de usar guantes estériles.
- Después de realizar técnicas invasivas.
- Después del contacto con secreciones, excreciones y sangre del enfermo.

LAVADO ANTISEPTICO

- Antes y después de la administración de medicación por vía parenteral, aspiración bronquial, manipulación de catéteres y sondajes.
- Antes y después de cambios de apósitos o curas.
- Antes del uso de guantes estériles.
- Antes y después de cuidar a un paciente con sospecha de infección en áreas de alto riesgo.
- En el manejo de enfermos inmunodeprimidos.

DESINFECCION ALCOHOLICA

Si las manos no están visiblemente manchadas

- Antes de entrar en contacto directo con los pacientes.
- Antes de ponerse los guantes estériles para insertar un catéter central.
- Antes de insertar catéteres urinarios, catéteres vasculares periféricos u otros dispositivos que requieran procedimientos invasivos no quirúrgicos.
- Después de contactar con la piel intacta del paciente (por ejemplo al tomar el pulso o la presión arterial).
- Después de contactar con fluidos o excreciones corporales, membranas mucosas, piel no intacta y curas de heridas.
- Al cambiar de actividad sobre un mismo paciente si se ha contactado con alguna superficie contaminada.
- Después de contactar con objetos inanimados (incluyendo el equipo médico) del entorno inmediato del paciente.
- Inmediatamente después de quitarse los guantes.

CRITERIOS DE EVALUACION

No se dispone de ninguna evaluación sobre la eficacia del lavado de manos en los profesionales de enfermería, se relaciona con la aparición de infecciones nosocomiales.

Por lo que los criterios para su evaluación se relacionan con la efectividad de otros procedimientos donde estas medidas se aplican, como las técnicas invasivas.

LAVADO QUIRURGICO DE MANOS

DEFINICION

Proceso realizado antes de cualquier intervención quirúrgica para eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de manos y antebrazos a través de un lavado mecánico y de desinfección con productos químicos.

OBJETIVOS

- Disminuir la flora resistente de las manos y antebrazos.
- Prevenir las infecciones nosocomiales.

EQUIPO

Lavabo amplio, profundo y con grifo con palanca especial.

MATERIAL

- Agua
- Jabón antiséptico.
- Cepillo estéril desechable.
- Limpiauñas.
- Gasas, paños y toallas estériles.

PROCEDIMIENTO

- Duración del lavado de 2-5 minutos.

PREPARACION PARA EL LAVADO QUIRURGICO

- Mantener las uñas cortas y retirar esmalte de uñas.
- Retirar toda joyería (los anillos, los relojes de pulsera, las pulseras) antes de entrar en la sala de operaciones.
- Lavar manos, brazos y codos con un jabón no antiséptico antes de entrar en el área de la sala de operaciones o si las manos están visiblemente sucias.
- Limpiar la zona subungueal con un limpiaúñas.
- Los cepillos de uñas no deberían ser usados ya que pueden dañar la piel y pueden facilitar el derramamiento de celdas. Los cepillos de uñas si se usan, deben ser estériles y de uso único una vez.

PREPARACION QUIRURGICA DE MANOS CON JABON ANTISEPTICO

- Mojarse las manos
- Poner una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.
- Comenzar a contar el tiempo del procedimiento. Frotar cada lado de cada dedo, entre los dedos, la parte de atrás y la parte delantera de la mano durante dos minutos.
- Proceder a frotar los antebrazos, manteniendo la mano más alta que el brazo en todo momento. Esto ayuda a evitar recontaminación de las manos e impide que agua y jabón sean colonizados por bacterias que contaminan las manos.
- Lavar cada lado del brazo desde la muñeca hasta el codo durante un minuto.
- Repetir el proceso en la otra mano conservando manos por encima de codos en todo momento..
- Enjuagar manos y brazos haciéndolas pasar por el agua en una dirección sólo, de la punta de los dedos hasta el codo.
- Con las manos por encima de los codos séquese las manos y brazos con una toalla o paño estéril. Utilizar una toalla para cada brazo.

En todo momento durante el procedimiento, se debe de tener cuidado de no salpicarse la indumentaria quirúrgica.

- Cuando se utilice la desinfección alcohólica de las manos:

· Antes de aplicar la solución con alcohol realizar un prelado de antebrazo y manos con un jabón normal y secar las manos y antebrazos completamente.

· Después aplicar la solución alcohólica hasta que manos y antebrazos queden secos completamente.

OBSERVACIONES

- Prescindir de barniz de uñas.

- Mantener las uñas cortas y limpias.

- No utilizar anillos ni pulseras.

13- PREPARACION DE CAMPO ESTERIL

DEFINICION

Zona claramente delimitada donde se mantienen unas condiciones de asepsia completa y será una zona libre de microorganismos.

OBJETIVO

Evitar contaminación del campo para prevenir posibles infecciones en el paciente y posteriores complicaciones

EQUIPO

Equipo estéril: paños, pinzas, mango de bisturí, etc

MATERIAL

- Material estéril: gasas, compresas, guantes, batas, apósitos, etc.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Lavado antiséptico de manos.
- Informar al paciente de las dimensiones del campo para que evite movimientos bruscos que contaminen el campo.
- Asegurarse de que el paquete para preparar el campo estéril esta limpio y seco.
- Colocar campo estéril: abrir paño estéril con la punta de los dedos tocando sólo las esquinas.
- Colocar bata, mascarilla y guantes (todo estéril)
- Colocar los elementos estériles a utilizar en el campo siguiendo el orden a utilizar.
- Poner pinzas estériles para coger gasas, compresas, etc.

OBSERVACIONES

- Evitar derramar líquidos sobre el campo porque puede favorecer la penetrabilidad de gérmenes.
- Todo campo estéril deja de serlo cuando se desatiende.
- Mantener cerradas las puertas y los movimientos reducidos al mínimo, en las zonas en las que se ejecuten procedimientos estériles.
- No montar un campo estéril antes de la hora prevista para su uso.

14- LIMPIEZA DEL MATERIAL QUIRURGICO

DEFINICION

Conjunto de medidas de limpieza del material quirúrgico encaminadas a preparar dicho material para su posterior utilización o esterilización si procede.

OBJETIVO

Establecer condiciones de asepsia del material quirúrgico.

EQUIPO

- Batea.
- Pistolas de aire

MATERIAL

- Guantes no estériles.
- Bata.
- Bolsas de papel
- Agua.
- Detergente.
- Cepillo o escobilla.
- Solución desinfectante.

PROCEDIMIENTO

- Limpiar con agua más detergente todo tipo de material utilizado.
- Utilizar cepillo o escobilla, si procede.
- Aclarar el material con abundante agua.
- Sumergir el material lavado en solución desinfectante unos minutos.
- Volver a aclarar con agua.
- Secar bien el material, utilizar pistolas de aire para lúmenes estrechos.
- Reunir el material y realizar el recuento.
- Envolver el material en paquetes de papel transparentes.
- Remitir a la unidad de esterilización.

OBSERVACIONES

- No deberá realizarse un proceso de desinfección o esterilización sin un proceso de limpieza previo.
- Si el material contiene varias piezas, previo a la limpieza habrá de ser desmontado.
- Si el instrumento no se puede limpiar inmediatamente tras su uso, sumergirlo en solución

15- ALMACENAMIENTO DEL MATERIAL ESTERIL

DEFINICION

Mantenimiento y conservación del material esterilizado.

OBJETIVO

Conservar el material esterilizado en condiciones de asepsia para su utilización.

PROCEDIMIENTO

- No mezclar objetos metálicos con artículos de ropa.
- Las zonas destinadas a almacenar material esterilizado deben estar limpias, secas, sin contacto con el suelo y alejadas de lavabos y fregaderos.
- Controlar la fecha de caducidad y estado de los envoltorios.
- Colocar el material esterilizado el más antiguo delante.
- Tener los armarios cerrados y libres de humedad.

16- PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

DEFINICIÓN

Conjunto de cuidados que planifica la enfermera para prevenir la aparición de úlceras por presión (UPP) en población de riesgo y en pacientes portadores de UPP.

OBJETIVOS

- Mantener la integridad de la piel.
- Eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen las UPP.
- Promover la educación de la familia y cuidadores en la prevención de las UPP.

EQUIPO

- Superficie especial para el manejo de la presión (colchones antiúlceras).
- Almohadas.
- Ropa de cama
- Carro de curas.
- Equipo para la higiene del paciente.

MATERIAL

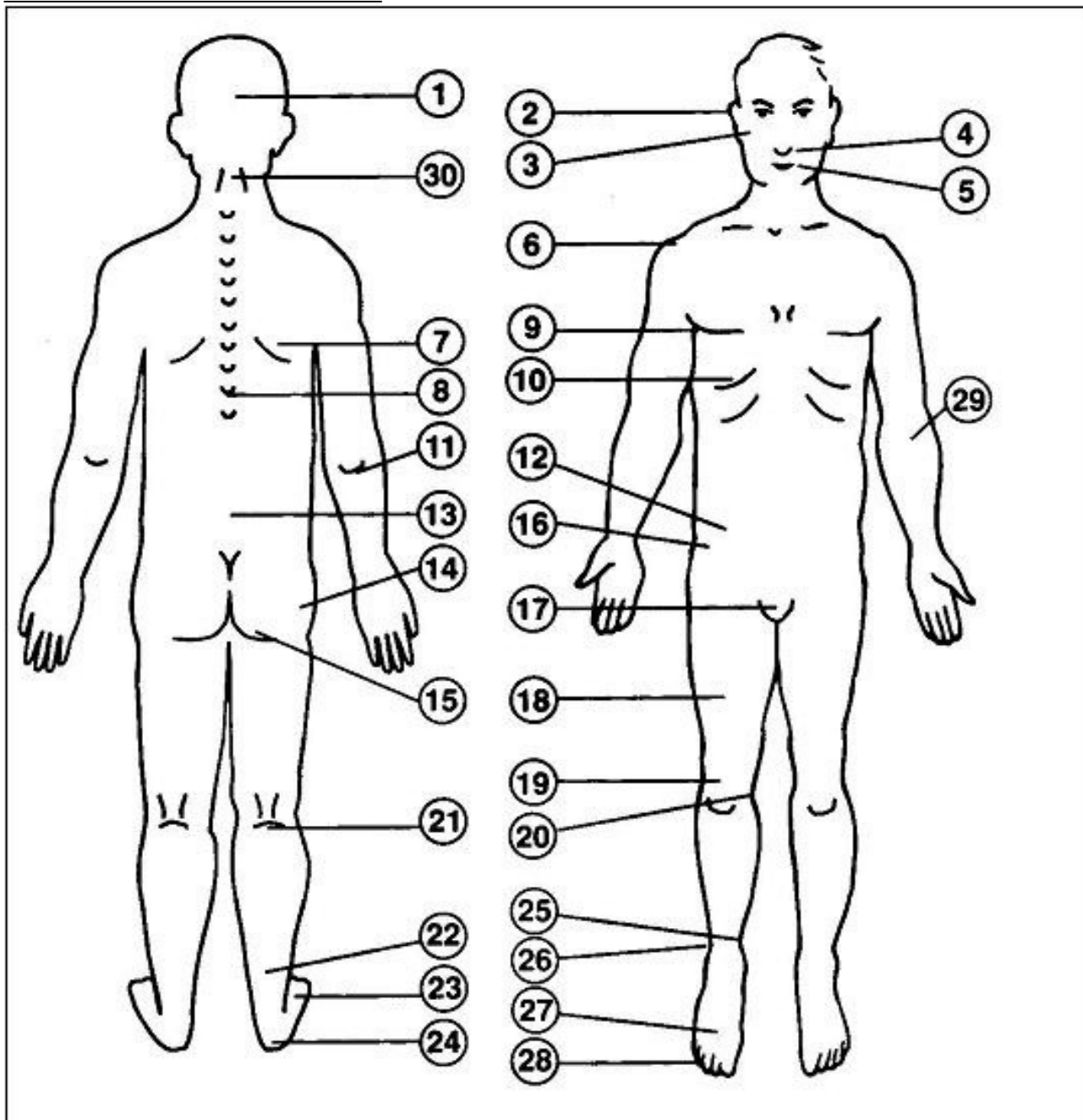
- Ácidos grasos Hiperoxigenados.
- Protecciones locales.
- Producto hidratante.
- Guantes no estériles.
- Material para la higiene del paciente.
- Escala de valoración de riesgo y registro de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Valorar el riesgo de aparición de UPP según la escala del protocolo del centro y registrar los resultados.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia de los cuidados a prestar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener la piel del paciente limpia y seca en todo momento.
- Realizar la higiene corporal diaria con agua tibia y jabón de pH neutro, aclarar bien y secar por contacto (sin fricción), secando muy bien los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.
- Realizar inspección de la piel, al menos una vez al día.
- Aplicar los Ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo en sentido circular, evitando los masajes.
- Si fuera preciso, poner apósitos hidrocelulares en zonas de riesgo.
- Hidratar el resto de la piel, evitando los masajes.
- Mantener la ropa de la cama libre de arrugas.
- Realizar un programa de cambios posturales individualizados, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y la superficie sobre la que está.
- En la realización de cambios posturales evitar el arrastre y el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Realizar los cambios posturales cada 2-3 horas en los pacientes encamados siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Utilizar una superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) adecuada según el riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica del paciente.

- Asegurar una nutrición adecuada. Un paciente de alto riesgo de desarrollar una UPP requiere una dieta hiperproteica e hipercalórica
- Tratar la incontinencia y eliminar la humedad excesiva.
- Enseñar al paciente, familia y cuidadores los cuidados básicos en prevención de UPP.
- Registrar las medidas adoptadas, así como las no adoptadas.

LOCALIZACION DE LAS UPP



17- CUIDADOS ULCERAS POR PRESION

DEFINICION

Conjunto de actividades que realiza la enfermera sobre las úlceras por presión que presenta el paciente para fomentar la regeneración de los tejidos hasta su curación o mejoría.

OBJETIVO

Restablecer la integridad de la piel del paciente.

EQUIPO

- Material de curas: mango bisturí, pinzas de Kocher, pinzas de disección con o sin dientes.
- Paños estériles

MATERIAL

- Apósitos estériles.
- Compresas estériles.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Esparadrapo antialérgico.
- Hoja de bisturí del nº 15-21
- Desbridantes.
- Apósitos.
- Suero fisiológico al 0,9%
- Jeringa 20cc.
- Aguja iv.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el carro de curas.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para curar la úlcera.
- Valorar la úlcera: localización, estadio, tamaño (longitud, amplitud y profundidad), descripción del aspecto, signos de infección o dolor.
- Valorar el dolor relacionado con las úlceras o su tratamiento así como la necesidad de aplicar algún antiálgico, si procede.
- Normas básicas para todas las úlceras por presión:
 1. Aplicar el procedimiento de prevención.
 2. Realizar lavado de manos.
 3. Colocarse guantes estériles.
 4. Utilizar equipo de curas estéril.
 5. Limpiar la herida con suero fisiológico a chorro.
 6. Secar la herida sin arrastrar.
 7. Valorar lesión y elegir tratamiento adecuado.
- Curar según técnica de cura húmeda.
- Aplicar el tratamiento adecuado al estadio de la úlcera.

CLASIFICACION

Clasificación según el grado de afectación de los tejidos.

Estadio I: fase eritematosa

- Alternativas terapéuticas posibles: Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (tres veces al día).
- No masajear las zonas enrojecidas ni sobre prominencias óseas.
- Lámina o película fina de poliuretano, apósitos de espuma de poliuretano o hidrocoloides extrafino, hidrogeles en placa.
- Colocar apósito protector.

Estadio II: fase escoriativa

- Colocar apósito absorbente
- Si hay cavidad: también pasta hidrocoloide.
- Si hay tejido necrótico: desbridar.

Estadio III y IV: fase escoriativa/necrótica

- Colocar apósito protector absorbente rellenando las 3/4 partes de la cavidad con los productos específicos.
- Retirar el material de relleno de otras curas.
- Si existe mucho exudado, además de lo anterior poner apósito de alginato cálcico de hidrofibra.
- Si existe tejido necrótico, desbridar.
- Utilizar apósito estéril no transparente.
- No cura oclusiva si la afectación de la úlcera es ósea y tendinal.

TRATAMIENTO EN ULCERAS INFECTADAS

- No usar cura oclusiva.
- Intensificar la limpieza y el desbridamiento, realizando las curas cada 12-24 horas.
- Utilizar hidrogeles, hidrofibras o alginato cálcico y utilizar como apósito secundario, gasas, apósitos de hidrofibra, alginato cálcico o carbón/plata.
- Si no mejora, tomar muestra de cultivo de la herida y comunicar al médico por si procede antibioterapia sistémica.

DESBRIDAMIENTO

Es el tratamiento de elección en úlceras con necrosis.

Desbridamiento Quirúrgico:

- Técnica y material estéril.
- Requiere destreza.
- Es rápido.
- Resulta doloroso.
- Recortar por planos y en diferentes sesiones comenzando siempre por el centro de la lesión.

Desbridamiento Enzimático:

- Más lento.
- No doloroso.
- Puede llegar a macerar el tejido sano.
- Se aplica durante 24- 48 horas pomada enzimática.
- Para mejorar la eficacia hacer incisiones sobre la costra y aplicar la pomada o hidrogel.

Desbridamiento Autolítico:

- Apósitos de hidrogel que producen condiciones de cura húmeda.
- Estos productos reblandecen y separan la necrosis y placas secas a
- Es lento, selectivo y no daña el tejido de granulación.
- Se pueden combinar los desbridamientos enzimático y autolítico con el quirúrgico.

TECNICA PARA COLOCACION DE APOSITOS

- Aplicar directamente sobre la úlcera dejando un margen de 2,5-4 cm.
- La frecuencia de cambio del apósito vendrá determinada por el nivel de exudado.
- No retirar precozmente porque destruye el tejido de granulación que se esté formando.
- Reforzar los bordes con esparadrapo que no dañe la piel.
- Poner fecha de aplicación del apósito.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en registros de enfermería: registrar los cuidados aplicados.

OBSERVACIONES

- En pacientes con varias úlceras comenzar siempre por la menos contaminada.
- El cambio y frecuencia de curas dependerá del grado de exudado y el estado en que se encuentre el apósito.
- No usar ningún tipo de antiséptico pues destruye el tejido de granulación

18- VALORACION DE RIESGO DE UPP

DEFINICION

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada

OBJETIVO

Cuantificar el riesgo de aparición de una úlcera por presión que presenta el paciente.

EQUIPO

Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Braden.

MATERIAL

Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Braden.
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del paciente, fecha y hora.

19- VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS

DEFINICION

Medición del riesgo de sufrir una caída, a través de una escala validada.

OBJETIVOS

- Identificar al paciente susceptible de caídas.
- Establecer las acciones necesarias de prevención de caídas en pacientes identificados de riesgo.

EQUIPO

- Escala de valoración del riesgo de caídas FRS.

MATERIAL

- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo de sufrir una caída a través de la escala FRS.
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

ESCALA VALORACION RIESGOS DE CAIDA DOWNTON

Esta escala valora el riesgo con la intención de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y poder determinar sus causas, para corregirlas.

La escala de riesgo de caídas de J.H. Downton.

1- Caídas previas?

- No (0 pts)
- Si (1 pts)

2- Medicamentos?

- Ninguno (0 pts)
- Tranquilizantes-sedantes (1 pts)
- Diuréticos (1 pts)
- Hipotensores (1 pts)
- Antiparkinsonianos (1 pts)
- Antidepresivos (1 pts)
- Otros medicamentos (1 pts)

3- Deficits sensoriales?

- Ninguno (0 pts)
- Alteraciones visuales (1 pts)
- Alteraciones auditivas (1 pts)

- Extremidades (ictus) (1 ptos)

4- Estado mental

- Orientado (0 ptos)

- Confuso (1 ptos)

5- Deambulacion

- Normal (0 ptos)

- Segura con ayuda (1 ptos)

- Insegura con ayuda/ sin ayuda (1 ptos)

- Imposible (1 ptos)

Si el resultado es mas de 2 puntos, el paciente presentaria un riesgo elevado de caida.

20- BIBLIOGRAFÍA

- Critical care nursing (2ª edición). Ed. ACCN.2012
- Hendreson Virginia. Principios basicos de los cuidados de enfermeria. Ed. Consejo Internacional de enfermeras.1971.
- Martínez S, Parets P. Contención Mecánica. Metas de Enfermería.2002.
- Hernández Gálvez A, González Monte C, Borrás Moliner M.J, Vanaclocha H, Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.
- El rincón del celador. [http: www.redegal.com/fernocas/colocacion.php](http://www.redegal.com/fernocas/colocacion.php)
- Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión. Logroño 2003.
- Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía .Guía de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas. 2005.
- Carro García T, Alfaro Hache A. Caidas en el anciano.

GUIA SOBRE PROCEDIMIENTOS DE
ENFERMERIA SOBRE LA MOVILIZACION Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE.