

2013

GUÍA DEL CUIDADOR



Grupo de Trabajo de Enfermería de la SEHAD

ISBN: 978-84-695-9719-4

SEHAD – Sociedad Española de
Hospitalización a Domicilio

Presentación

La idea de esta guía surge en el grupo de trabajo de enfermería en el Congreso de la SEHAD de junio de 2010 celebrado en Granada. En ella hemos unificado criterios para plasmar los múltiples aspectos de educación sanitaria específicos de la Hospitalización a Domicilio, que realizamos con nuestros pacientes y sus cuidadores.

Hemos colaborado 50 profesionales, 12 correctores, y 2 coordinadoras provenientes de 21 unidades de Hospitalización a Domicilio que a continuación se detallan:

- UHD Complejo Asistencial Universitario de Burgos
- UHD Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona
- UHD del Hospital San Pedro de Logroño La Rioja
- UHD Fundación Hospital Calahorra La Rioja
- UHD Hospital de Cruces. Bilbao Vizcaya
- UHD Complejo Asistencial Universitario de Burgos
- UHD Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona
- UHD del Hospital San Pedro de Logroño La Rioja
- UHD Fundación Hospital Calahorra La Rioja
- UHD Hospital de Cruces. Bilbao Vizcaya
- UHD Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín Gran Canaria
- UHD Hospital Dos de Mayo. Barcelona.
- UHD Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.
- UHD Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida
- UHD Hospital Universitario Mutua de Terrassa Barcelona
- Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Hospital Materno-Infantil .Málaga
- Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. Lleida
- Organización Sanitaria Integral Bidasoa Guipúzcoa
- Hospital Universitario de Araba Vitoria
- Hospital de Mendaro Guipúzcoa
- UHD Can Misses de Ibiza
- Consorcio Hospital Provincial de Castellón
- Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Hospital Civil de Málaga
- Hospital de Salnés. Vilagarcía de Arousa Pontevedra
- Hospital Donostia Guipúzcoa
- Hospital Lucus Augusti. Lugo
- Hospital Moissès Broggi Sant Joan Despí Barcelona

Los temas se han desarrollado por uno o varios autores tratando que la guía sea práctica y didáctica para el cuidador. Los textos se han realizado en un lenguaje sencillo, claro y comprensible con fotos y dibujos, y con la idea de poder imprimirlos para el uso del cuidador.

La guía consta de los siguientes bloques temáticos

- Bloque 1: Manejo de vías y administración de medicación
- Bloque 2: Nutriciones especiales
- Bloque 3: Cuidados de la vía aérea
- Bloque 4: Cuidados del sistema gastrointestinal
- Bloque 5: Cuidados del sistema urinario
- Bloque 6: Movilización del paciente
- Bloque 7: Cuidados de la piel y curas Bloque 8: Cuidados del enfermo terminal
- Bloque 9: Cuidados al paciente pediátrico
- Bloque 10: Cuidados en patologías específicas
- Bloque 11: Cuidados al cuidador

Finalmente quisiera agradecer el trabajo de los/las autores/as del libro y especialmente a Pilar de la Ossa por su dedicación y esfuerzo.

Victoria Begoña Tundidor
Coordinadora grupo de enfermería

ÍNDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	2-3
MANEJO DE VÍAS Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	4-27
Manejo de la vía periférica.....	4-8
Manejo de la vía subcutánea.....	9-12
Manejo de la vía central.....	14-19
Manejo de infusores elastométricos.....	20-22
Administración de hemoderivados.....	23-27
CUIDADOS DE LA VÍA AÉREA	28-46
Oxigenoterapia.....	28-29
Inhaladores.....	30-43
Cuidados de la traqueostomía.....	43-45
CUIDADOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL	46-61
Cuidados de la boca.....	46-48
Manejo de colostomías.....	49-55
Manejo de las ileostomías.....	56-61
CUIDADOS DEL SISTEMA URINARIO	62-68
Cuidados de la sonda vesical.....	62-64
Ureterostomía.....	64-68
MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE	69-79
Prevención de caídas.....	69-72
Movilización del paciente intervenido de prótesis de cadera.....	73-79
CUIDADOS DE LA PIEL Y CURAS	80-93
Prevención de úlceras por presión.....	80-82
Curas sencillas.....	83-85
Drenajes Intraabdominales.....	86-89
Drenajes subcutáneos.....	90-90
Cura con terapia de presión negativa.....	91-93

CUIDADOS AL ENFERMO TERMINAL	94-102
Cuidados en el proceso de agonía.....	94-100
CUIDADOS AL PACIENTE PEDIATRICO	101-113
Cuidados al Recién Nacido de Bajo Peso.....	101-109
Guía de cuidados paliativos en pediatría.....	110-113
CUIDADOS EN PATOLOGIAS ESPECIFICAS	114-128
Cuidados al paciente con demencia.....	114-117
Cuidados al paciente con insuficiencia cardiaca.....	118-122
Cuidados al paciente con diabetes.....	123-126
Recomendaciones para el paciente con SARM	128
CUIDADOS AL CUIDADOR	129-133
Cuidados del cuidador.....	129-133
NUTRICIONES ESPECIALES	134-149
Sonda nasogástrica.....	133-136
Gastrostomía.....	137-142
Nutrición parenteral.....	143-151

MANEJO DE VIAS Y ADMINISTRACION DE MEDICACION

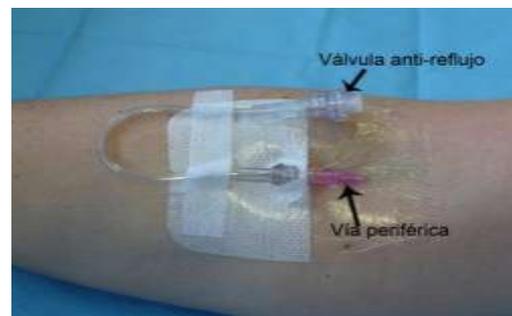
MANEJO DE LA VIA PERIFÉRICA

Autores: Inmaculada Marco Galilea, Susana Sáenz Vargas, Eva López Arellano, y M^a Prado Narro Angulo.

Unidad de Hospitalización a Domicilio del hospital San Pedro de Logroño.

¿Qué es una vía periférica?

Es un catéter o cánula que se inserta directamente en una vena, generalmente del brazo y que nos permite tener un acceso directo a la circulación sanguínea. Dicho catéter va unido a una alargadera con una válvula anti-retorno que evita la salida de sangre y/o medicación administrada.



La inserción de la vía periférica es una técnica que llevará a cabo la enfermera.

¿Cuál es el objetivo de la vía periférica?

- Administración de sueros y/o medicación por vía intravenosa, que únicamente se puede administrar por esta vía.
- En situación de urgencia disponer de una vía de acceso rápida.

Situaciones en las que se utiliza la vía periférica

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN CADA 24 HORAS

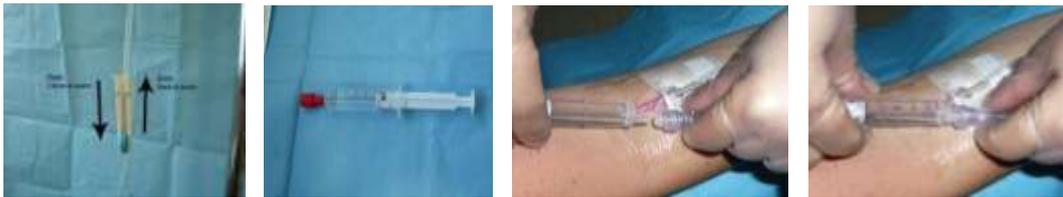
El personal de enfermería en su visita diaria le administrará la medicación pautada. Ciertos medicamentos necesitan ser administrados en más tiempo del que permanecemos en el domicilio por ello enseñamos al paciente y/o cuidador a retirarlo.

Material:

- Palo de gotero (HAD les prestará uno en el caso de que sea necesario).
- Jeringa precargada con suero fisiológico.

Realización de la técnica:

- Lavado de manos con agua y jabón, y utilice guantes.
- Una vez que la medicación se haya terminado cierre el suero bajando la rueda reguladora de flujo.
- Gire a la izquierda la parte distal del sistema hasta su desconexión.
- Retire el tapón de la jeringa e introduzca por la válvula anti-retorno haciendo una suave presión el suero de la jeringa.
- Retire la jeringa.



Complicaciones:

- **La vía se ha salido:** realice presión sobre el punto de punción con una gasa durante unos minutos hasta que deje de sangrar y avise al equipo de HAD para informarles de lo ocurrido. En caso de que el paciente esté tomando anticoagulantes puede costarnos un poco más de tiempo que cese el sangrado.
- **Hay sangre en la alargadera de la vía:** es una situación frecuente pero sin relevancia, en la próxima visita programada la enfermera le revisará la vía.
- **La zona en donde se encuentra la vía presenta:** dolor, calor, inflamación y/o enrojecimiento: avisar.
- **Si la medicación se enlentece y no gotea:** avisar.

ADMINISTRACIÓN DE SUEROTERAPIA CONTINUA

Consiste en la administración de suero de forma ininterrumpida durante las 24 horas.



Material:

- Palo de gotero (HAD les prestará uno en el caso de que sea necesario).

- Gasas y clorhexidina.
- Jeringas precargadas con suero fisiológico.
- Suero y sistema de suero.

Realización de la técnica:

- Lavado de manos con agua y jabón.
- Cuando se haya terminado, cerrar el suero bajando la rueda reguladora de flujo.
- Descolgar la bolsa de suero, sacar el punzón e introducirlo en el nuevo suero abriendo previamente la pestaña.
- Abrir la rueda reguladora de flujo.
- Comprobar que el suero cae por la cámara de goteo.

* Esta forma de administración suele llevar un dispositivo que indica la cantidad que pasa en una hora. Por ejemplo: a 80 significa que el suero está pasando a 80ml a la hora. Sin embargo hay que tener en cuenta que esto es un cálculo aproximado que puede variar.

* Es importante que siempre haya una altura suficiente entre el suero y la vía periférica.



Complicaciones:

- **La vía se ha salido:** realice presión sobre el punto de punción con una gasa hasta que deje de sangrar y avise al equipo de HAD para que le canalice nueva vía o al 112 si estuviera fuera de nuestro horario asistencial.
- **Hay sangre en la alargadera de la vía:** esta situación no tiene importancia si el ritmo de goteo no ha cambiado. Si aumenta la cantidad de retroceso de sangre nos avise.
- **La zona en donde se encuentra la vía presenta:** dolor, calor, inflamación y/o enrojecimiento: avisar a quien corresponda según horario.
- **El ritmo de goteo es lento o se ha detenido:** compruebe que la rueda de flujo está abierta (hacia arriba). Realice un lavado de la vía con una jeringa precargada de suero. Si al introducir el suero presenta dificultad no forzar y avisar al HAD.
- **El apósito está mojado:** avisar.

AUTOADMINISTRACIÓN

El paciente y/o cuidador se administra la medicación con la frecuencia prescrita (cada 6, 8 ó 12 horas).

Material:

- Palo de gotero (HAD les prestará uno en el caso de que sea necesario).
- Gasas y clorhexidina.
- Jeringas precargadas con suero fisiológico.
- Medicación diluída y conectada al sistema de goteo (dosis para 24 horas).

Realización de la técnica:

- Lávese las manos con agua y jabón, y utilice guantes.
- Colocar la medicación en el palo de goteo.
- Con una gasa empapada en clorhexidina limpie la válvula anti-retorno.
- Realice un lavado de la vía para asegurar un correcto funcionamiento.
- Conectar el sistema a la válvula anti-retorno haciendo presión y girando a la derecha.
- Abra la rueda reguladora de flujo a la velocidad que la enfermera le haya indicado.
- Cuando se termine la medicación bajar la rueda del sistema.
- Gire a la izquierda la parte distal del sistema hasta su desconexión.
- Retire el tapón de la jeringa e introduzca por la válvula anti-retorno haciendo una suave presión el suero de la jeringa.
- Retire la jeringa.

*Cuando sea preciso la medicación diluída se conservará en frigorífico aislada de los alimentos sacándola a temperatura ambiente media hora antes de su utilización.



Complicaciones:

- **La vía se ha salido:** realice presión sobre el punto de punción con una gasa hasta que deje de sangrar y avise al equipo de HAD para que le canalice nueva vía o al 112 si estuviera fuera de nuestro horario asistencial.
- **Hay sangre en la alargadera de la vía:** esta situación no tiene importancia si el ritmo de goteo no ha cambiado. Si aumenta la cantidad de retroceso de sangre nos avise.
- **La zona en donde se encuentra la vía presenta:** dolor, calor, inflamación y/o enrojecimiento: avisar.
- **El ritmo de goteo es lento o se ha detenido:** compruebe que la rueda de flujo está abierta (hacia arriba). Realice un lavado de la vía con una jeringa precargada de suero. Si al introducir el suero presenta dificultad no forzar y avisar al HAD.
- **El apósito está mojado:** avisar.
- **Imposibilidad de introducir suero al realizar el lavado:** avisar.

Bibliografía:

1. Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraww-Hill Interamericana; 2002.
2. Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía intravenosa (el goteo intravenoso). <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/iv.asp>; 2004
3. Carrero Caballero C. Tratado de administración parenteral. Madrid: Difusión avances de enfermería (DAE); 2006.
4. Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, García Fernández FP, Tortosa Ruiz MP, Mateos Salido MJ, Del Moral Jiménez J, Portellano Moreno A, Martínez Martos RM, Castillo Dorado B, Cabrera Castro MC, Ojeda García M, Colmenero Gutiérrez MD, Jesús Uceda T. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidentia 2006; 3(9) [ISSN: 1697-638X]. <http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf>
5. La Rocca JC. Otto SE. Guía clínica de enfermería. Terapia intravenosa. Madrid: Mosby/Doyma; 2004.
6. Ellemberger A. Instauración de una vía intravenosa. Nursing (edición española); 2005.
7. Carrero Caballero MC, Vidal Villacampa ME. Catéteres. 100 preguntas más frecuentes. Barcelona: EDIMSA; 2007.

MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Autor: Ángel García Soletó.

Unidad de Hospitalización a Domicilio del hospital Universitario Araba-Sede Santiago (HUA).

1.-INTRODUCCIÓN:

¿Qué es una vía subcutánea?

Una aguja de metal o plástico de teflón, de muy pequeño diámetro y corta que se aloja debajo de la piel en lo que llamamos tejido subcutáneo y la cual nos permitirá introducir diferentes medicaciones e incluso hidratar al paciente mediante sueros.

¿Cuándo se utiliza?

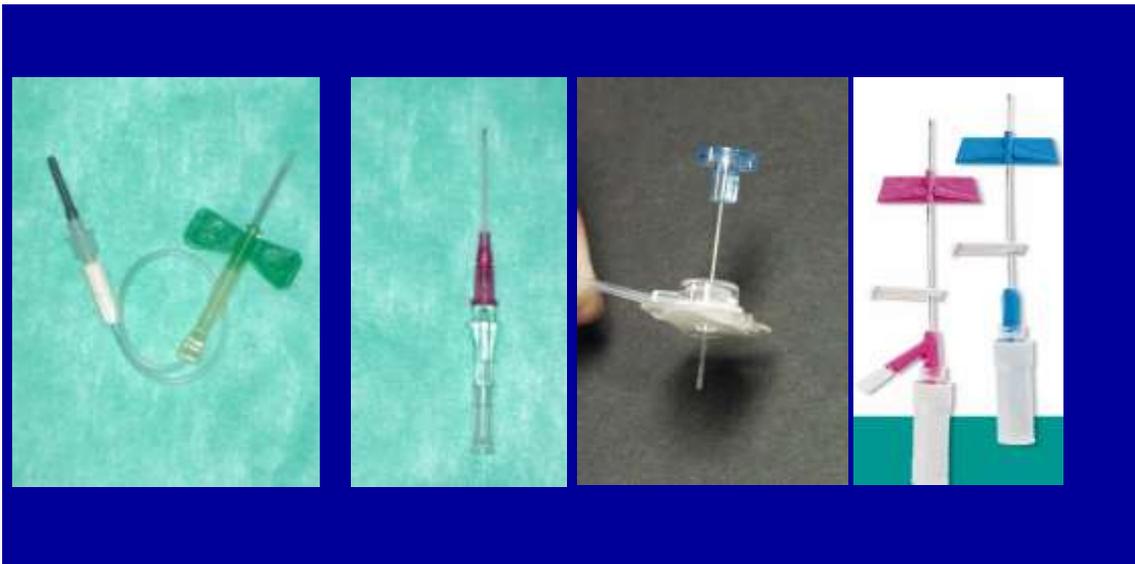
Normalmente es la vía de elección en Hospitalización a domicilio cuando el paciente, por diferentes motivos; pierde la capacidad de tomar la medicación por boca (vía oral) habitualmente por encontrarse en fase terminal y requerir cuidados paliativos. Además se trata de una vía de fácil uso para el cuidador, familia e incluso el propio paciente.

¿Cómo se coloca?

Mediante un pinchazo prácticamente indoloro que deja alojado en el tejido subcutáneo, una cánula comúnmente llamada mariposa o palomilla.

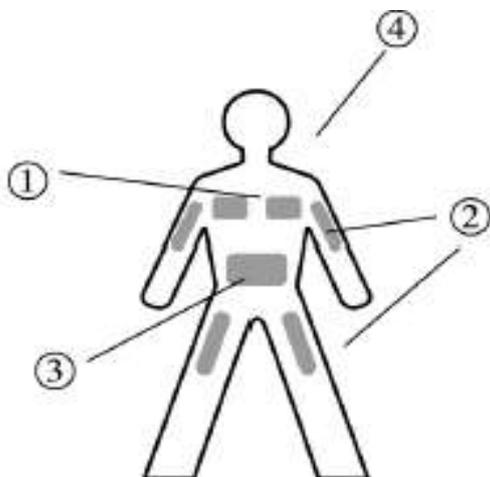
Tipos de dispositivos subcutáneos:

Actualmente existen varios tipos como los que aparecen en las imágenes, su mayor diferencia está en el tipo de material metálico o plástico especial (teflón) de la cánula que dejamos bajo la piel.



Zonas de punción:

Normalmente las zonas en las que colocamos el catéter corresponden con las sombreadas en la imagen valorando tanto la comodidad del paciente según grado de postración, como la del cuidador para administrar mejor la medicación; en zonas con tejido subcutáneo adecuado.



- 1- Parte anterior del tórax: bajo clavícula.
- 2- Parte supero anterior y externa de brazos.
- 3- Zona superior del abdomen.
- 4- Parte anterior de los muslos.

2.-MATERIAL:

- Gasas estériles.
- Guantes no estériles.
- Solución desinfectante.
- Jeringuilla para purgado.
- Palomilla u otro dispositivo.
- Tapón automático de membrana permeable.
- Apósito transparente.
- Sutura adhesiva.

3.- REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA POR ENFERMERÍA:

- Explicar al paciente y familia, la técnica de colocación y el porqué del tratamiento médico que se va a administrar.
- Previo lavado de manos y colocación de guantes, se desinfectará la zona de punción escogida.
- Purgado del sistema con suero y colocación de tapón automático especial permeable.
- Tomar en pellizco la piel, pinchar en 45° y colocar sutura adhesiva sin tapar punto de punción.
- Cubrir con apósito adhesivo transparente para valorar la zona de punción.
- Dejar el tapón de entrada sujeto, pero que sea fácil de utilizar por el paciente, familiar o cuidador.
- Marcar apósito si es de uso exclusivo para una medicación.
- Registrar fecha de colocación

EDUCACION EN MANEJO DE VIA SUBCUTANEA A FAMILIA CUIDADORA:

Explicar manejo y cuidados de la vía subcutánea de manera sencilla, práctica y detallada, evitando lenguaje técnico.

Informar sobre la indicación terapéutica de cada fármaco utilizado por la vía subcutánea colocada.

Facilitar el manejo de fármacos y jeringas clasificando en diferentes sobres o compartimentos cada uno de los fármacos que administremos por la vía; rotulando de manera detallada el nombre común del mismo y dosis; tanto en cada jeringa como en cada compartimento habilitado al efecto; para evitar la luz directa; y elegir un lugar seco donde mantener temperatura adecuada.

Precargar cada fármaco, a ser posible en jeringas unidosis y sin dejar agujas colocadas (con taponcito simple en cada jeringa); así evitaremos accidentes por pinchazo y temores en el uso.

Realizar con la familia cuidadora una prueba práctica del uso; primero por parte de la enfermería y posteriormente con el cuidador principal de manera supervisada.

Informar a la familia de la importancia en el lavado previo de manos antes de cada uso de la vía.

Indicar importancia de la desinfección del tapón con Clorhexidina al 2%; facilitada al efecto y aplicada antes y después de cada utilización de la vía.

Reforzar con el cuidador principal el cuidado y manejo de la vía en cada visita, facilitando manifestación de temores y dudas.



4.- POSIBLES COMPLICACIONES:

-Revisar frecuentemente, para que enfermería cambie el lugar de punción si aparecen las siguientes complicaciones:

- Dolor.
- Induración.
- Hemorragia.
- Eritema o infección.
- Salida accidental de vía.
- Alergia al material o a la medicación administrada.

-Si no aparece ninguna de estas complicaciones puede mantenerse la vía durante más de 7 días.

Se recomienda AVISAR al equipo de HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO:

- Si observan a través del apósito algún signo anormal como enrojecimiento, sangrado o inflamación que no desaparece.
- Si producimos dolor al inyectar medicación.
- Si cualquier alteración en la vía, nos impide la administración de la medicación pautaada.

5.- OBSERVACIONES:

- Confirmar claramente que la familia y el paciente entienden como valorar las posibles reacciones adversas en la vía subcutánea.
- Vigilar periódicamente los lugares de punción en busca de hematomas, equimosis, induraciones...
- Confirmar que la familia sabe cuándo y cómo avisar al equipo de HaD.

BIBLIOGRAFIA:

1. Fernández Díaz R, Pérez Suárez MC, Cossio I. Vía subcutánea en Cuidados Paliativos. Jano 2001; 61; (1393): 37-40.
2. Quera D, Roig M, Faustino A. Colocación y mantenimiento de una vía subcutánea. FMC 2003; 10 (8): 556-7.
3. H. Soriano Fernández, L. Rodenas García, D. Moreno Escribano, B. Roldán castillo, E. Castaño Moreno, E. Palazón García. Utilización de la vía subcutánea. Rev Clin Med 2009; 2 (8): 426-433.
4. M. Silva César , F.Lameló Alfonsín. Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. www.fisterra.com 2010.
5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos {Libro electrónico}.SECPAL. Disponible en: www.secpal.com 2010.
6. Aina Soler Mieras, Sebastián Santa Eugenia González, Eva Montané Esteva. Antibióticos por vía subcutánea en pacientes que precisan cuidados paliativos. Med Clin (Barc). 2007; 129(6): 236-7.
7. Fotografías cedidas y autorizadas por Humberto Mendoza Ruiz de Zuazu. La utilización de la vía subcutánea: Posibilidades y Limitaciones. 2006 (versión informática en Power Point).

MANEJO DE LA VIA CENTRAL

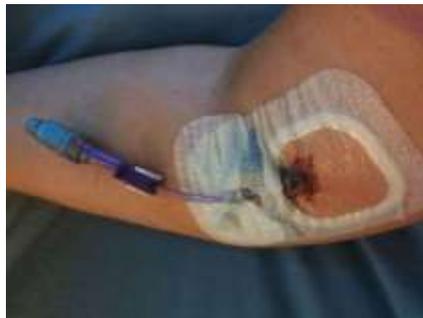
Autora: Pilar de la Ossa Sendra. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalario de Navarra.

El objetivo de este apartado sobre las vías centrales es que usted se sienta preparado para cuidar a un familiar enfermo o paciente, para lo cual vamos a explicarle de forma sencilla los principales aspectos que deberá tener en cuenta. Le rogamos que no dude en consultarnos cualquier duda por pequeña o insignificante que le parezca.

¿Qué es una vía central?

Es un catéter que llega hasta una vena profunda y de gran calibre cercana al corazón, y se pone en situaciones especiales (para administrar medicación muy irritante, o nutrición parenteral, cuando no es posible cogerle al enfermo una vía periférica, etc...). Se coloca en el hospital por personal sanitario.

Hay distintos tipos de vías centrales pero en todos los casos los cuidados son similares. El catéter va fijado a la piel con un apósito, en algunos casos puede llevar una alargadera y siempre habrá un tapón clave o válvula anti-retorno en el extremo del catéter sellándolo, que evita que entre aire o que salga sangre. A través de este tapón se pone la medicación.



* El reservorio subcutáneo (Port-a-cath®) tiene la peculiaridad de que está bajo la piel, y se accede a él con una aguja que pone el personal de enfermería y puede permanecer colocada hasta 7 días. La manipulación del reservorio es similar a la del resto de vías centrales, ya que esta aguja también tiene una alargadera al final de la cual hay un tapón clave.

La incorrecta manipulación de la vía central puede poner en riesgo la salud del paciente, por lo que hay que considerar dos aspectos fundamentales:

HAY QUE MANIPULAR LA VIA CENTRAL CON TODAS LAS MEDIDAS DE HIGIENE PARA EVITAR LA INFECCION

Cuidados generales de la vía central:

- Antes de manipular la vía lávese a conciencia las manos con agua y jabón y colóquese los guantes.
- Evitar tirones de la vía, y si el apósito que lo sujeta está suelto o despegado comuníquenoslo.
- Si el apósito de la vía central se moja, aumenta el riesgo de infección, por lo que se deben evitar las duchas completas, etc.
- Avísenos en caso de fiebre. También si el paciente presenta dolor, enrojecimiento o inflamación tanto cerca de la zona de inserción como en el cuello o brazo del mismo lado del cuerpo donde lleva la vía central.
- En caso de que note resistencia al inyectar el líquido de la jeringa, no lo fuerce. Compruebe que la llave de 3 vías está en la posición correcta y que no haya ninguna pinza cerrada en el sistema. Si el problema sigue no trate de administrar la medicación y avísenos.
- Si por accidente el catéter central se sale, presione el punto de punción del catéter con varias gasas para parar el sangrado y llámenos

Las distintas formas de administrar medicación por una vía central son:

1.- ADMINISTRACION DE MEDICACION UNA VEZ AL DIA:

En nuestra visita diaria le administraremos la medicación pautaada, que en algunos casos tarda más en pasar de lo que dura nuestra visita. En este caso le pediremos colaboración para retirar la medicación y heparinizar la vía.

Material necesario (se lo suministraremos nosotros)

- Guantes no estériles
- Gasas
- Jeringa precargada de suero fisiológico
- Jeringa precargada de solución de heparina

Pasos a seguir:

1º) Lávese las manos con agua y jabón y colóquese guantes.

2º) Una vez que la bolsa de medicación haya terminado, baje la rueda del sistema de gotero.

3º) Desconecte la medicación del tapón clave (tapón azul) girando el sistema hacia la izquierda, poniendo una gasa debajo del tapón.

4º) Administre la jeringa de suero fisiológico que le dejaremos preparada. Para ello retire el tapón rojo que protege la jeringa e introduzca la punta de ésta presionando la pieza de silicona del tapón clave. Luego presione el émbolo hasta que todo el suero pase por la vía lavándola.

5º) Seguidamente y de la misma forma administre la solución de heparina (Fibrilin®) que le dejaremos preparada en otra jeringa.



ADMINISTRACION DE MEDICACION VARIAS VECES AL DIA (CON SUERO DE MANTENIMIENTO)

Esta situación se da cuando el paciente lleva una medicación que debe ser administrada más de una vez al día.

Dejamos un suero pasando de forma continua por la vía con la ayuda de una bomba. Perpendicular al sistema del suero hay un tapón clave por el que usted administrará la medicación a las horas pautadas.

Pasos a seguir

En caso de que el medicamento esté en la nevera, sáquelo media hora antes de administrarlo para que se temple.

1º) Lávese las manos con agua y jabón y póngase guantes.

2º) Impregne varias gasas con Clorhexidina y frote repetidamente el tapón clave para desinfectarlo. Deje otra gasa bajo el tapón durante todo el proceso para que no se contamine.

Evite tocar con las manos el extremo del tapón clave y el de la jeringa que va a utilizar.

3º) Coloque el medicamento en alto y ajuste el sistema de gotero de la medicación en el tapón clave. Para ello retire el tapón del sistema de gotero y sin que toque nada enrosque la punta en el tapón clave.

4º) Abra la rueda del sistema de gotero para que la medicación vaya pasando al ritmo que le indicaremos (habitualmente una bolsita de 100 ml de medicación debe pasar en media hora, este ritmo supone una gota por segundo aproximadamente).

5º) Una vez pasada la medicación baje la rueda del sistema y desconéctela del tapón clave.





3.- ADMINISTRACION DE MEDICACION VARIAS VECES AL DIA (SIN SUERO DE MANTENIMIENTO)

Esta situación se da cuando el paciente lleva pautada una medicación que debe ser administrada más de una vez al día. La vía se lava después de administrar cada medicación y queda suelta, con el extremo protegido por un tapón.

Pasos a seguir:

1º) Impregne varias gasas con Clorhexidina y frote a conciencia el tapón clave (tapón azul) para desinfectarlo. Deje otra gasa bajo el tapón durante todo el proceso para que no se contamine.

No toque con las manos ni el extremo del tapón clave ni el de la jeringa que va a utilizar.

2º) Administre una jeringa de suero fisiológico para comprobar que la vía está permeable. Haga presión con la punta de la jeringa y enrósquela en el tapón. Luego pase el contenido de la jeringa.

SI NO PUEDE PASAR EL SUERO CON FACILIDAD AVISENOS. NO FUERCE

NUNCA LA PRESION CON LA JERINGA.

3º) Coloque el medicamento en alto y ajuste el sistema de gotero de la medicación en el tapón clave. Para ello retire el capuchón del sistema de gotero y enrosque la punta en el tapón clave. Suba la rueda del sistema de gotero para que la medicación vaya pasando al ritmo que le indicaremos (habitualmente una bolsita de 100 ml de medicación debe pasar en media hora).

En caso de que la medicación vaya cargada en una jeringa pásela lentamente a través del tapón clave.

4º) Lave de nuevo la vía con suero fisiológico.

5º) Administre de la misma forma la solución de heparina (Fibrilin®).



Bibliografía

- <http://motherswithcancer.wordpress.com/2010/07/15/my-picc-line/>
- Carrero Caballero MC, Cita Martín J. Cuidados comunes de los catéteres centrales de larga duración. En: Carrero Caballero MC. Tratado de administración parenteral. 1ª ed. Madrid: DAE S.L; 2006. p. 345-367.
- Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García- Penche Sánchez R. Procedimientos en cuidados generales de la vía venosa. En: Actualización de conocimientos en terapia intravenosa. Barcelona. Ider. p.75-77.
- Naomi P. O'Grady, Mary Alexander, Lillian A. Burns, E. Patchen Dellinger, Jeffery Garland, Stephen O. Heard et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections [Internet] Atlanta: CDC; 2011 April. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/02-bsi-summary-of-recommendations-2011.htm>

MANEJO DE INFUSORES ELASTOMERICOS

Autores: Guerra Lopez C.¹, Lopez Martinez B.², Sese Sarasti M.².

¹ Hospital Osi Bidasoa

² Hospital Donostia

El infusor es un dispositivo de un solo uso que se utiliza para administrar medicamentos por vía venosa o subcutánea de forma constante y continua.

La administración es segura, sencilla y controlada, funcionando sin necesidad de baterías.

Si se moja no se estropea permitiendo el aseo diario sin problemas.

El flujo de medicación está garantizado con independencia de la posición del infusor, lo que ayuda a mantener la autonomía y comodidad al paciente y cuidadores.

Ventajas: Ligeros

Discretos y confortables.

Silenciosos.

Fácil manejo, no necesita programación.

Ofrece mucha independencia ya que se puede utilizar para diferentes tiempos de infusión desde 1/2h hasta 7 días.

1- ADMINISTRACION:

Los infusores utilizados en el domicilio van conectados a una vía intravenosa o a una vía subcutánea. Los cuales serán cambiados o rellenados por el personal de Hospitalización a Domicilio (HaD) correspondiente según pauta prescrita por su médico



2.- CUIDADOS DEL CUIDADOR:

- Compruebe que el sistema (la línea de infusión) tiene la pinza abierta o si se prefiere, retirar para evitar pinzamientos indeseados.
- Si el infusor tiene regulador de caudal, sujételo a la piel con una tira de esparadrapo.
- Si su familiar se levanta de la cama, colóquelo o dígame que coloque el infusor en alguno de los bolsillos de la ropa para evitar tirones, si por el contrario está encamado, puede colocarse en el bolsillo del pijama, sobre la cama o bajo la almohada.
- El infusor se vaciará progresivamente a lo largo del día, ya que el flujo es constante, por lo tanto es aconsejable revisar el dispositivo periódicamente, si todo está en orden el globo donde esta la medicación se irá haciendo más pequeño hasta vaciarse.

En la imagen inferior se puede observar como se vacía el infusor



3.- OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Si observa que el dispositivo no se vacía, deberá actuar de la siguiente forma:

- 1- Revise el sistema por si existe acodamiento en el equipo, y si existiera coloque bien el sistema
- 2- Si no existe acodamiento o se vacía antes de tiempo, avise al equipo de HaD.
- 3- Si hay una desconexión accidental vuelva a conectarlo.
- 4.- Si el regulador de flujo se despegó, sujételo de nuevo con una tira de esparadrapo a la piel del paciente.
- 5.- Si la vía de administración se sale, tenga a mano unas gasas para hacer presión sobre el punto de punción, mantenga la presión durante unos segundos y llame al servicio de HaD.

6.- Si observa en el punto de punción enrojecimiento, tumefacción, hematoma o dolor, avise al equipo de HaD.



Recuerde que el servicio de HaD estará disponible para cualquier duda .

4.- BIBLIOGRAFIA:

1-Lucendo Villarin AJ,Noci Belda J. Infusores elastoméricos en la administración de fármacos, Rev Enfermería Clínica 2004;14:242-8

2-Soriano Fernandez H, Rodenas Garcia LMoreno Escribano D, Roldan Castillo B,Cataño Moreno E, Palazon Garcia E. Utilización de la vía subcutanea en atención primaria, Rev Clin Med Fam 2009;2 :426-33

3- Leno González D, Leno González J, Lozano Guerrero MJ, Fernández Romero A.

. Fundamentos de la administración subcutánea continua y en bolus en cuidados paliativos, Enfermería Global 2004; 5:1-12.

4-Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía subcutánea. En: Técnicas en Atención Primaria. Fistera 2004. Disponible en:

<http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/subcutanea.asp> [Links]

5-Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Administración de medicamentos por vía subcutánea. Boletín Farmacológico del Hospital Psiquiátrico de Álava, Comisión de Farmacia y Terapéutica. 2004; número 5.

ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS

Autores: Angélica Fernández García, Mónica Sierra Hernáiz, María Rosa Cárcamo Tejada

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital San Pedro. Logroño.

La transfusión consiste en administrar al enfermo por vía intravenosa sangre o hemoderivados. Se administra a través de una vena como si fuese un suero.

El objetivo de la transfusión es aumentar la capacidad de la sangre para transportar el oxígeno, restaurar el volumen de sangre del cuerpo, mejorar la inmunidad y corregir problemas de coagulación.

Realización de la técnica

- El día previo a la administración la enfermera acudirá a su domicilio, canalizará la vía periférica al paciente y realizará la extracción sanguínea necesaria para reservar la cantidad y el tipo de sangre requerido para la transfusión.
- El día de la transfusión la enfermera una vez comprobada que la identidad del paciente se corresponde con la bolsa e iniciada la administración de la misma, permanecerá durante los primeros 20 min de la administración en el domicilio para comprobar que todo es correcto y no surja ninguna complicación.
- Se les informará sobre el procedimiento que se llevará a cabo, cual es la labor del cuidador y ante que situaciones deben ponerse en contacto con el servicio de hospitalización a domicilio y cómo hacerlo.
- Horas después de la finalización de la transfusión se realizará analítica de control para comprobar si la cantidad administrada ha sido suficiente.
- La transfusión sanguínea se puede realizar por gravedad o con bomba de perfusión.

ADMINISTRACIÓN

Realización de la técnica

- Lavado de manos con agua y jabón, colocación de guantes.
- Si se administra por gravedad, una vez que la transfusión haya terminado cierre el suero bajando la rueda y pinchando el sistema como previamente le ha indicado su enfermera.



Sistema abierto. La rueda está arriba.



Sistema cerrado. La rueda está abajo.

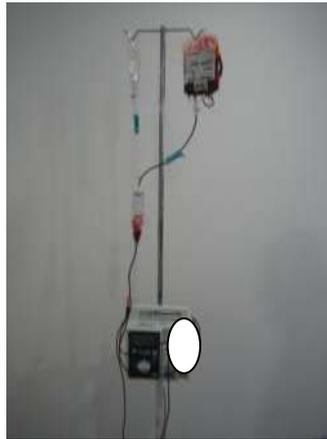


Sistema no pinzado

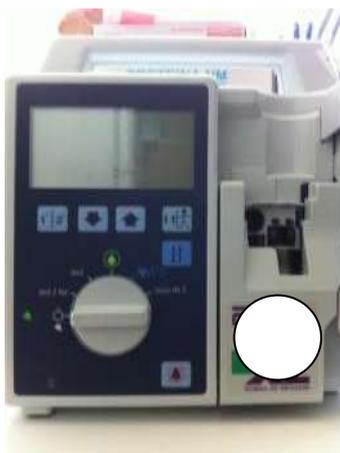


Sistema pinzado

- Si la administración es con bomba electrónica: Cuando la bomba pite porque se ha terminado la bolsa, baje la rueda reguladora de flujo, gire la ruleta hacia la izquierda hasta el símbolo de apagado como previamente le habrá indicado la enfermera



Bomba encendida. La ruleta marca la gota verde.



Bomba apagada. La ruleta marca el símbolo de apagado.

- Avise al servicio de hospitalización a domicilio para que acudan a cambiar o retirar la transfusión

Signos y síntomas que pueden aparecer ante los que nos debe avisar

- La transfusión de hemoderivados es una técnica muy habitual y no suele presentar complicaciones pero a veces pueden aparecer algunas reacciones ante las cuales deben

avisarnos

- Las complicaciones de la vía periférica:
 - que se salga la vía (comprima el punto de sangrado con una gasa y avísenos)
 - si el apósito se ensucia o se moja
 - si le duele al pasar la sangre, si el ritmo de goteo se vuelve más lento o la bomba comienza a pitar, pare la transfusión como le hemos enseñado y avísenos.



- Es frecuente la aparición de **habones (granos)** que no se acompañan de fiebre. No entraña riesgo para el paciente
- **Fiebre y alergias:** Puede aparecer, picazón, erupciones, inflamaciones, vértigo, fiebre y dolor de cabeza. Con menos frecuencia puede aparecer también dificultad respiratoria, jadeos, espasmos musculares
- **Fatiga**
- **Descenso de la temperatura corporal.** El cuidador deberá tomarle dos veces la temperatura al paciente durante la duración de la transfusión
- El paciente puede comenzar con una sensación de incomodidad general o ansiedad. Puede parecer sangre en orina, escalofríos, desmayos, erupciones, fiebre, dolor agudo en costado o espalda.

Pasos a seguir ante la aparición de complicaciones

- Detener la transfusión bajando la rueda reguladora y apagando la bomba en caso de que se esté utilizando
- Avise telefónicamente a la unidad de hospitalización a domicilio explicando las reacciones aparecidas. La enfermera se asegurará de que el cuidador ha parado correctamente la perfusión y el equipo del HAD **ACUDIRÁ INMEDIATAMENTE AL DOMICILIO.**

Observaciones

- Durante los primeros 20 minutos la enfermera permanecerá en el domicilio para comprobar que todo es correcto
- El paciente no debe tener fiebre
- Durante la transfusión el paciente puede beber agua y otros líquidos. No es conveniente la ingesta de alimentos, en todo caso pequeñas cantidades de dieta blanda
- No manipule la bomba de perfusión salvo para apagarla por aparición de complicaciones
- Realice reposo relativo durante la transfusión
- Intente no doblar el sistema para evitar que la bomba pite por obstrucción

Bibliografía

- Manual CTO enfermería 4ª edición. 2010. VVAA Editorial: CTO medicina
- Tratado de administración parenteral. 1ª edición 2006. Editorial: Difusión avances de enfermería
- Manual CTO de hematología 7ª edición 2008. VVAA. Editorial: CTO medicina
- Guía sobre transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos 4ª edición. 2010. VVAA
- Farreras Medicina Interna 16ª edición. 2009

CUIDADOS DE LA VIA AEREA

OXIGENOTERAPIA

Autoras: Ainara Aranzabal Lasagabaster, Emilia Coll Viciosa, M^a Aranzazu Gonzalez Peñagaricano.

Servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital de Mendaro.

¿QUE ES LA OXIGENOTERAPIA?

Es la administración de oxígeno que se indica para corregir o paliar los efectos de su enfermedad y mejorar sus síntomas.



CUIDADOS A TENER EN CUENTA CON LA OXIGENOTERAPIA

ASEO NASAL:

El oxígeno tiende a reseca la nariz y las secreciones se endurecen, por eso es necesario hacer instilaciones con agua hervida con sal y mantener hidratada la zona.

CUIDADOS DE LA PIEL:

Vigilar los puntos de apoyo a nivel de las fosas nasales y del pabellón auricular (riesgo de ulcera por roce).

ADMINISTRAR DOSIS INDICADA:

Solo se debe administrar la dosis indicada por su medico, observando con cierta frecuencia el flujometro donde indica los litros de oxígeno por minuto.

Ni el paciente ni el familiar deben aumentar el flujo de oxígeno cuando empeoren sus síntomas. En caso de empeoramiento siempre consulte con su medico.

CUIDADOS Y POSIBLES COMPLICACIONES

GAFAS NASALES:

Limpiarlas una vez al día con agua y jabón de secreciones nasales por dentro y por fuera, dejando secar al aire o con un paño limpio.

TUBOS DE CONDUCCION:



Longitud máxima debe de ser de 20 metros. Intentar evitar uniones. Debe de limpiar al menos una vez a la semana con agua y jabón.

COMPROBAR QUE NO HAYA FUGAS:

Se puede introducir las gafas en un vaso de agua y ver que salen burbujas.

Mantener el nivel de agua en vaso humidificador:

El nivel se debe de mantener en la mitad del frasco. Se recomienda cambio de agua bidestilada cada 48h.

OBSERVACIONES

- Alejar de las fuentes de calor.
- No fumar cerca del aparato.
- Colocar los tubos de conducción teniendo cuidado para evitar acodamientos y aplastamiento que impidan la llegada de oxígeno al paciente.
- Vigilar la deambulación para evitar caídas con los tubos de conducción.
- La empresa suministradora de oxígeno le dejara un teléfono de contacto para solucionar cualquier duda que tenga sobre el funcionamiento del equipo.

Bibliografía:

<http://www.sogapar.info>

<http://patients.thoracic.org/information.series>

<http://www.pfizer.es/salud>

www.hospitaljosefinamartinez.cl/html/documentos/OXIGENOTERAPIA

<http://www.linde-gastherapeutics.cl/international/>

INHALADORES

AUTOR: SONIA BOUZAS LÓPEZ . HOSPITAL DEL SALNÉS. SERVICIO DE HADO

¿Qué es un inhalador?

Es un dispositivo para administrar un medicamento directamente en los pulmones.

Suelen usarlo las personas con asma o problemas respiratorios (EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Precauciones

- Enjuagar bien la boca después de usar el inhalador
- No soplar a través del inhalador
- Si tiene que administrar más de una dosis, espere al menos 30 segundos entre una toma y la siguiente
- No tomar más dosis que las indicadas por su médico
- No exponga el inhalador a temperaturas mayores de 30°C.
- Si tiene dudas en cómo usar el inhalador, o a pesar de usarlo correctamente no nota mejoría, tiene dolor de garganta, fatiga, dolor en el pecho, taquicardia, mareo etc. Consulte con su equipo de salud.

Hay varios tipos de inhaladores:

- Cartuchos presurizados Estos inhaladores pueden usarse solos o a través de una cámara de inhalación.
- Inhaladores de polvo seco. Pueden ser de varios tipos:
 - Turbuhaler
 - Handihaler
 - Accuhaler

Cámara de inhalación

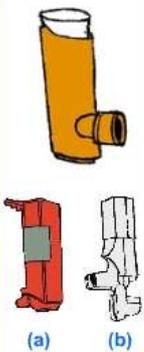
Aparato diseñado para facilitar el uso de los inhaladores presurizados



A continuación se explica el funcionamiento de la cámara de inhalación y los diversos tipos de inhaladores.

PRESURIZADOS

INHALADORES...)

INHALADORES PRESURIZADOS	
 <p style="text-align: center;">(a) (b)</p>	<p>Está compuesto por un cartucho, generalmente metálico, que contiene el medicamento disuelto en un gas.</p> <p>Al apretar el cartucho, el medicamento sale con el gas.</p> <p>El envoltorio plástico puede lavarse con agua y jabón.</p> <p>Existen modelos que se disparan de forma automática con sólo inhalarlos (Autohaler (a) y Easybreath (b)).</p> <p>La técnica de inhalación se muestra seguidamente.</p>
INHALADOR PRESURIZADO	1
 <p style="text-align: center;">Destapar</p>	<p>Destapar el cartucho y situarlo en posición vertical</p>
INHALADOR PRESURIZADO	2
 <p style="text-align: center;">Agitar</p>	<p>Sujetar el cartucho entre los dedos índice y pulgar, con el índice arriba y el pulgar en la parte inferior, y agitarlo.</p>
INHALADOR PRESURIZADO	3
 <p style="text-align: center;">Soplar</p>	<p>Efectuar una espiración lenta y profunda.</p>

<p>INHALADOR PRESURIZADO</p>	<p>4</p>
 <p>Coger aire</p>	<p>Colocar la boquilla del cartucho totalmente en la boca, cerrándola a su alrededor.</p> <p>Inspirar lentamente por la boca.</p> <p>La lengua debe estar en el suelo de la boca, no interfiriendo la salida del medicamento.</p> 
<p>INHALADOR PRESURIZADO</p>	<p>5</p>
 <p>Disparar y acabar de coger aire</p>	<p>Una vez iniciada la inspiración presionar el cartucho (UNA SOLA VEZ) y seguir inspirando lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones.</p> 
<p>INHALADOR PRESURIZADO</p>	<p>6</p>
 <p>No respirar</p>	<p>Es MUY IMPORTANTE que se efectúe la pulsación después de haber iniciado la inspiración.</p> <p>Retirar el cartucho de la boca.</p> <p>Aguantar la respiración durante unos 10 seg. (IMPORTANTE).</p> 
<p>INHALADOR PRESURIZADO</p>	<p>7</p>
 <p>Enjuagar la boca</p>	<p>Enjuagar la boca con agua</p> 

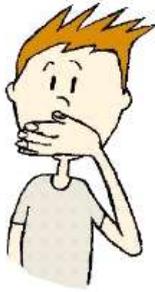
* Para saber si el cartucho está acabado, al agitarlo debe notar algo de líquido, si está acabado empiece otro nuevo.

* El inhalador suele tener para 200 aplicaciones. No tener expuesto a la luz solar ni al calor, no perforar ni quemar aunque esté vacío.

INHALADORES PRESURIZADOS CON CÁMARA

<p>CÁMARA DE INHALACIÓN</p>  <p>Destapar</p>	<p style="text-align: center;">1</p> <p>Destapar el cartucho y situarlo en posición vertical</p> 
<p>CÁMARA DE INHALACIÓN</p>  <p>Agitar</p>	<p style="text-align: center;">2</p> <p>Sujetar el cartucho entre los dedos índice y pulgar, con el índice arriba y el pulgar en la parte inferior, y agitarlo.</p> 

<p>CÁMARA DE INHALACIÓN</p>	<p>3</p>
 <p>Acoplar</p>	<p>Acoplar el cartucho a la cámara</p>
<p>CÁMARA DE INHALACIÓN</p>	<p>4</p>
 <p>Soplar</p>	<p>Efectuar una espiración lenta y profunda.</p>
<p>CÁMARA DE INHALACIÓN</p>	<p>5</p>
 <p>Disparar</p>	<p>Dispara una sola vez</p>
<p>CÁMARA DE INHALACIÓN</p>	<p>6</p>
 <p>Coger aire</p>	<p>Coger aire lentamente hasta llenar los pulmones o respirar 4 ó 5 veces lentamente por la boca.</p>

CÁMARA DE INHALACIÓN	7
 No respirar	Aguantar la respiración durante unos 10 seg. (IMPORTANTE). 
CÁMARA DE INHALACIÓN	8
 Enjuagar la boca	Enjuagar la boca con agua 

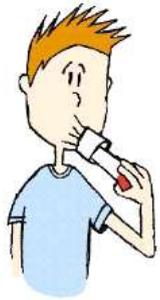
* La cámara debe lavarse frecuentemente con agua y jabón. Reemplace su cámara cuando aprecie grietas, fisuras o cuando la válvula no funcione correctamente.

TURBUHALER

TURBUHALER	1
 <p data-bbox="555 651 655 680">Destapar</p>	<p data-bbox="802 450 1034 479">Destapar el inhalador</p> 

TURBUHALER	2
 <p data-bbox="571 1122 644 1151">Cargar</p>	<p data-bbox="746 904 1098 1016">Cargar. Girando la rosca inferior hacia la derecha y luego hacia la izquierda.</p> 

TURBUHALER	3
 <p data-bbox="564 1585 639 1615">Soplar</p>	<p data-bbox="754 1397 1086 1453">Efectuar una espiración lenta y profunda.</p> 

TURBUHALER	4
 <p data-bbox="544 645 662 678">Coger aire</p>	<p data-bbox="815 450 1023 510">Inspirar profunda y enérgicamente.</p> 

TURBUHALER	5
 <p data-bbox="544 1115 671 1149">No respirar</p>	<p data-bbox="746 898 1090 987">Aguantar la respiración durante unos 10 seg. (IMPORTANTE)</p> 

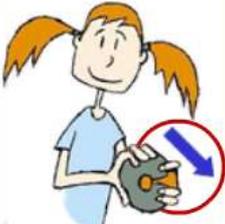
TURBUHALER	6
 <p data-bbox="507 1585 692 1619">Enjuagar la boca</p>	<p data-bbox="770 1395 1062 1429">Enjuagar la boca con agua</p> 

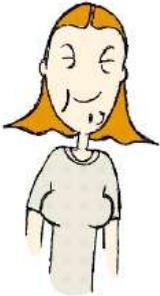
* Limpie el inhalador con un paño seco, no lo moje.

* El inhalador tiene en un lateral una ventana con fondo blanco que se vuelve de color rojo cuando quedan 20 dosis, tras las cuales el inhalador está acabado y debe empezar otro, salvo que su médico le haya indicado otra cosa.

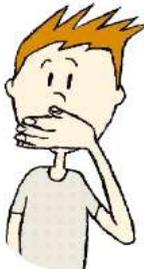
ACCUHALER

ACCUHALER	1
 <p>Destapar</p>	<p>Destapar el inhalador deslizando la tapadera</p> 

ACCUHALER	2
 <p>Cargar</p>	<p>Cargar el inhalador deslizando el gatillo hacia abajo.</p> 

ACCUHALER	3
 <p>Soplar</p>	<p>Efectuar una espiración lenta y profunda</p> 

ACCUHALER	4
 Coger aire	Inspirar profunda y enérgicamente

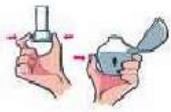
ACCUHALER	5
 No respirar	Aguantar la respiración durante unos 10 seg. (IMPORTANTE).

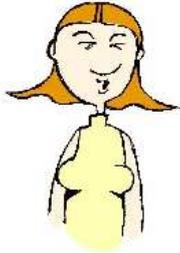
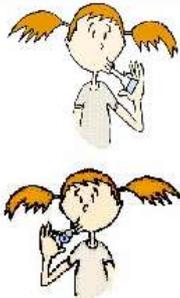
ACCUHALER	6
 Enjuagar la boca	Enjuagar la boca con agua

* Limpie el inhalador con un paño seco, no lo moje.

* El inhalador tiene un marcador de dosis que indica cuantas dosis quedan, en el caso del seretide cuando sólo quedan 5 dosis los números aparecen en rojo. Al acabar su inhalador empiece uno nuevo, salvo que su médico le haya indicado otra cosa.

AEROLIZER Y HANDIHALER

<p>AEROLIZER Y HANDIHALER</p>	<p>1</p>
 <p>Destapar</p>	<p>Destapar el inhalador</p>
<p>AEROLIZER Y HANDIHALER</p>	<p>2</p>
 <p>Cargar</p>	<p>Colocar la capsula en el interior y tapar.</p> 
<p>AEROLIZER Y HANDIHALER</p>	<p>3</p>
 <p>Apretar</p>	<p>Agujerear la cápsula apretando los botones laterales.</p>

<p>AEROLIZER Y HANDIHALER</p>	<p>4</p>
 <p>Soplar</p>	<p>Efectuar una espiración lenta y profunda.</p> <p></p>
<p>AEROLIZER Y HANDIHALER</p>	<p>5</p>
 <p>Coger aire</p>	<p>Inspirar profunda y enérgicamente.</p> <p></p>
<p>AEROLIZER Y HANDIHALER</p>	<p>6</p>
 <p>No respirar</p>	<p>Aguantar la respiración durante unos 10 seg. (IMPORTANTE).</p> <p></p>
<p>AEROLIZER Y HANDIHALER</p>	<p>7</p>
 <p>Enjuagar la boca</p>	<p>Enjuagar la boca con agua</p> <p></p>

* Usar una cápsula nueva cada vez que tenga que tomar una dosis de medicamento (suele usarse una vez al día).

* Limpie el inhalador una vez al mes con agua tibia dejando secar al aire, la boquilla límpiela regularmente con un paño húmedo.

Bibliografía

- Uso inhaladores. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:

www.separ.es/pacientes/.../uso_inhaladores.html

- Uso correcto inhaladores. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:

www.cedimcat.info. [Administración de medicamentos](http://www.cedimcat.info/Administración_de_medicamentos)

- Prospecto. Información para el usuario seretide 25 microgramos/125. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:

<https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?>

- Prospecto pulmicort turbuhaler 400 microgramos. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:

infopaciente.com/prospecto_medicamento.asp?id=194

- Inhaladores presurizados. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:

alergomurcia.com/pdf/CFMC11b.pdf

CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMIA

Autoras:

Aranzabal Lasagabaster , Ainara; Coll Viciosa, Emilia , González Peñagarikano , Maria Aranzazu

1.-INTRODUCCIÓN

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que permite una comunicación directa, a través de un orificio (estoma) entre la traquea con el exterior, para facilitar el paso del aire a los pulmones. Las complicaciones más habituales de la traqueostomía son: cierre del estoma, irritación de la piel periestomal, tapón mucoso, sangrado del estoma. Para evitar estas complicaciones se deben de realizar una serie de cuidados:



2.-CUIDADOS:

2.1-Cuidados de la piel:

Limpie la piel alrededor del orificio con jabón suave y agua y séquelo bien. Realice esta operación una o dos veces al día o con mayor frecuencia si hay muchas secreciones. Cambie el babero de traqueotomía cada vez que se humedezca o manche de secreciones.

Revise la piel del cuello en contacto con las cintas, si lo necesita lave, enjuague y seque el cuello. Se puede colocar una compresa entre la piel y la cinta.

2.2-Cambio de cánula:

- Lávese las manos antes de empezar.
- Prepare el material antes de iniciar la retirada de la cánula: Cánula, babero, cintas, lubricante hidrosoluble. Material de limpieza de piel.



- Ponga al paciente en posición sentada.
- Retire la cánula utilizada, limpie y seque la piel de exterior del estoma y reintroduzca la limpia impregnada con lubricante hidrosoluble y con el babero ya colocado.
- Sujete la cinta mediante lazada.

2.3-Limpieza de cánula:

- Lávese las manos antes de empezar.
- Coloque en un recipiente agua jabonosa tibia
- Limpie suavemente con un cepillo no abrasivo o limpia pipas la cánula y las mucosidades que contenga, aclare con agua tibia y séquela. No utilice pañuelos de papel o papel higiénico
- Guardar en una caja hermética

2.4-Limpieza de secreciones (tapón mucoso).

- Lavarse las manos antes de empezar.
- Saque hasta 2ml de solución salina en su jeringa.
- Tome dos respiraciones lentas y profundas hacia dentro y hacia fuera. La tercera vez que respire profundamente, inyecte la jeringa con solución salina (2ml) en su traqueotomía. Esto le hará toser y expulsar el tapón mucoso. Si no consigue expulsar el tapón se puede repetir de nuevo.

2.5-Cuidados generales.

- Hidratación del paciente.
Debería de tomar de 2-3 litros de líquidos al día por vía oral, teniendo en cuenta que en ciertos pacientes no es recomendable un aporte excesivo de líquidos (si tiene duda consulte a su unidad de HaD).
- Humidificación del ambiente.
Una humedad adecuada del ambiente es de gran importancia, ya que la calefacción en invierno y los acondicionadores en verano resecan el aire y descompensan el grado de humedad. Para compensar estos efectos, utilizaremos humidificadores de medioambiente. Con la humidificación se mantienen las secreciones del paciente fluidas, pudiendo movilizarse con facilidad, evitándose así su acúmulo.

Cuando avisar al servicio de hospitalización domiciliaria

- Sale comida o líquido por la traqueostomía.
- Hay sangrado por el tubo de traqueostomía.
 - Cualquier secreción parecida a pus, ó aumento de la misma.
 - Aumento del enrojecimiento alrededor del área de la traqueotomía.
 - El dolor no mejora.
 - Secreción con mal olor.
 - Temperatura mayor de 38.
 - Alteración de la piel alrededor del estoma. (orificio).
 - Problemas al cambiar la cánula.

Bibliografía:

- Pilar Buson Santana , Francisca Molina Pacheco, Silvia Gesti Senar. Cambios de cánula de traqueostomía. (Internet). Actualización13/04/12, consulta 16/04/2012.Disponible.
<http://www.eccpn.aibarra.org>
- Enrique Torne Pérez. Cuidados de traqueostomía.(Internet).Consulta 16/04/2012.Disponible.
<http://www.enferpro.com/ttraqueostomía/htm>.
- Gema Asensio Malo. Traqueostomía percutanea. Metas de enfermería Vol8.Nº3.(Internet).Consulta 16/04/012.Disponible.
<http://www.enfermeria21.com>
- Araceli Aibar Díaz, Vanesa Sanchez Martínez.Cuidados enfermeros relacionados con la traqueostomía percutanea. Metas de enfermería vol13, Nº10 (Internet). Consulta 16/04/2012.Disponible.
<http://www.enfermeria21.com>

CUIDADOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL

CUIDADOS DE LA BOCA

Autor: Isabel Vila Iglesias (Hospital Lucus Augusti. Lugo)

INTRODUCCION

Durante el proceso de enfermedad es muy frecuente que la boca tenga diversos problemas (sequedad, mal aliento, heridas, suciedad, dolor, etc.) a los que, a menudo, no damos mucha importancia, pero que tienen una gran repercusión en la calidad de vida de las personas, en la relación con los demás, en la capacidad de comer y que son motivo frecuente de malestar.

Si la persona que cuida es capaz de hacerlo, debe proporcionarle lo necesario para un cepillado dental correcto y su posterior enjuague bucal con agua después de las comidas.

Cuando la persona enferma no es capaz de hacerlo es muy importante que le ayude o le haga usted los cuidados.

CUIDADOS GENERALES

- Examinar la boca: paladar, encías, dientes y lengua una vez al día.
- Lavar la boca: dientes, paladar y lengua al menos 2 veces al día (una siempre antes de acostarse), con cepillo dental suave, dentífrico y enjuagar con agua. Se puede utilizar un colutorio sin alcohol, si se desea.
- Si la persona no es capaz de enjuagar, se puede usar igualmente el cepillo y limpiar con agua, con una torunda hecha con una gasa alrededor de un depresor (se puede utilizar el mango de una cuchara), también se puede limpiar con un colutorio al final o con manzanilla (efecto calmante y antiséptico).
- Si suciedad o abundante sarro limpiar con: agua oxigenada + agua del grifo (3/4 de agua + 1/4 de agua oxigenada) o agua + bicarbonato.
- Si prótesis dental (dentadura postiza) que se pueda retirar, limpiar a diario con un cepillo y aclarar, si está muy sucia se puede dejar durante la noche inmersa en agua con una gota de lejía, (no usar si tiene metal, en ese caso utilizar clorhexidina) aclarar bien antes de volver a colocar
- Mantener los labios limpios e hidratados, aplicar barra cacao, glicerina, aceite de oliva; la vaselina no suele ser tan útil ya que repele el agua.

Problemas más frecuentes y como ayudarle en cada caso

SEQUEDAD DE BOCA

Causas: medicamentos; infecciones (candidiasis, herpes); deshidratación, ansiedad.



- Dar con frecuencia pequeños sorbos de líquidos: manzanilla con limón (no usar limón si molesta) agua, bebidas isotónicas (si no están contraindicadas).
- Masticar pequeños trozos de fruta fría, piña.
- Chupar caramelos o chicles sin azúcar, pequeños cubitos de hielo con sabor a frutas.
- Aplicar saliva artificial
- En algunos casos, su médico puede indicarle alguna medicación especial (pilocarpina), le indicaremos como utilizarla.
- Procurar que las comidas sean jugosas, acompañar con salsas.

SANGRADO

Puede estar en relación con mucositis, heridas u otras lesiones, alteraciones en la sangre, etc.

- Limpieza con enjuagues o una gasa, no utilizar cepillo.
- Dar toques con agua oxigenada y agua del grifo al 50%
- Chupar cubitos de hielo o tomar alimentos fríos (helados)
- Dar comidas trituradas
- Dar comida y bebidas frías

DOLOR

Puede ser debido a mucositis (inflamación de la mucosa) relacionado con quimioterapia, radioterapia u otros tratamientos, lesiones en la boca, infección por hongos, dentadura postiza.

- Limpieza cuidadosa, si uso de cepillo que sea muy suave
- Enjuagues con manzanilla sin limón.
- Consulte a su equipo de salud, para que valore tratamiento para infección, o tratamiento analgésico adecuado.

- Si es debido a mucositis relacionada con tratamientos le indicaran una fórmula magistral específica para aplicar antes de las comidas.
- No poner la dentadura postiza.
- Evitar comidas picantes, acidas, muy salados o amargos.
- Evitar verduras crudas.
- Tomar alimentos de consistencia blanda

INFECCION

La causa más frecuente es la infección producida por hongos (candidiasis), bacterias o virus (la afectación por herpes es la más frecuente). Consulte siempre a su equipo.



- Le indicarán el tratamiento adecuado y cómo tomarlo, si tiene candidiasis y le pautan enjuagues con nistatina recuerde retirar la dentadura postiza, durante la noche y dejar inmersa en nistatina o en una solución de lejía al 1%.
- No usar colutorios con alcohol
- Si mal olor enjuagues con antisépticos orales: clorhexidina o povidona yodada oral.

No olvide que los cuidados adecuados de la boca, aumentan el bienestar de la persona que cuida. Si tiene alguna duda pregúntenos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08. (131-139).
- 2.- Lamelo A,F; Charlin P,G; Fernandez C, O; Garcia C, M.R. Control de Síntomas en Cuidados Paliativos. Fistera. Guías Clínicas 2009, 9 (1).
En:<http://www.fistera.com/guias2/sintomas.asp>. Consultado el 27/02/11.
- 3.- Guía de cuidados paliativos Comunidad de Madrid. 2007. En:
http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=0&sel=259&id=723&id_alone=723
Consultada el 28/02/11.
- 4.- Higiene de la boca en pacientes incapacitados o en estado inconsciente. En
<http://www.enferurg.com/protocoloschus/306.pdf>. Consultado el 27/02/11
- 5.- Gracias por cuidar de mis cuidados. Guía para cuidadores informales. Generalitat de Valencia 2008.
- 6.- Pascual López L et al. Tratamiento de los síntomas digestivos. Aten Primaria. 2006;38 (Supl 2):47-56.

MANEJOS DE LAS COLOSTOMÍAS

AUTORES: M^a.Carmen Mías Carballal¹, M^a Jesús Rodríguez Gias¹. Silvia Espasa Sandalinas².

¹ Unidad de Hospitalización a domicilio del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

² Unidad de Hospitalización a domicilio del Hospital Can Misses de Ibiza.

1. INTRODUCCIÓN

Esta guía va dirigida a personas que como usted, han sido operadas para mejorar la salud y como consecuencia de esto, su cuerpo ha sufrido una serie de modificaciones. Entendemos cómo se siente, quizás tenga miedos, dudas e inseguridad ahora que va a dejar el hospital. Es posible que su estado de ánimo no le permita ver el futuro con claridad. Usted no es el único, por su misma situación han pasado muchas personas que han conseguido llevar una vida dentro de la normalidad.

¿QUE ES UNA COLOSTOMIA?

Cuando a nivel del intestino grueso existe algún problema que impide su normal funcionamiento es necesario realizar una colostomía o exteriorización del colon a la pared abdominal.

Sabremos de que tipo se trata según su localización en el abdomen, ya que existen distintos tipos de colostomía y sus características son un poco diferentes.

Si se encuentra en el lado izquierdo, concretamente en lo que se llama fosa iliaca izquierda a usted le han realizado una **Colostomía Descendente**, y por tanto las heces serán **sólidas** y **poco irritantes** para la piel que rodea al estoma.

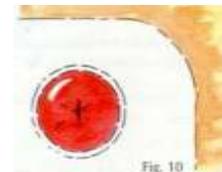
Si se encuentra en el lado derecho a nivel de lo que se llama fosa ilíaca derecha a usted le han realizado una **Colostomia Ascendente** y las heces en este caso serán **líquidas** e **irritantes**

¿QUE ES UN ESTOMA?

La porción de intestino en contacto con el exterior se llama “estoma”. Es **mucosa intestinal** y se puede exteriorizar en la parte izquierda o derecha del abdomen. No es piel.

Tiene un color rojo-rosáceo y está húmedo.

Puede estar en contacto continuo con heces sin irritarse.



Se irrita la piel de alrededor, pero no el estoma.

No duele, pero puede sangrar si se roza.

El tamaño puede cambiar después de cierto tiempo de la intervención.

2. CUIDADOS E HIGIENE DEL ESTOMA

ES MUY IMPORTANTE MANTENER SIEMPRE LA PIEL LIMPIA Y SECA

- Despegue el adhesivo de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel de alrededor de la colostomía con suavidad, hasta desprender completamente el dispositivo (bolsa). **EVITE TIRONES.**

Retire los restos de heces de su colostomía ayudándose con papel de celulosa.

- Limpie suavemente la colostomía y la piel de alrededor con la esponja enjabonada. **NO SE ALARME SI SU COLOSTOMIA SANGRA DURANTE LA HIGIENE** (puede suceder), si persiste el sangrado presione ligeramente con la esponja humedecida en agua fría. **NO USAR NUNCA HIELO.**

- Aclare evitando frotar y **SEQUE** la piel con toalla suave o papel de celulosa, a pequeños toques



3. TIPOS DE DISPOSITIVOS (BOLSAS)

En la actualidad existen básicamente dos tipos de bolsas que después tendrán diferentes diámetros según el tamaño del estoma:

- Placa y bolsa autoadhesiva (una pieza)
- Placa y bolsa: DOS PIEZAS



a) Si el estado de la piel del alrededor del estoma o “periestomal” es bueno, aplicaremos un **dispositivo de una sola pieza.**

La bolsa consta de una **parte adhesiva** que se debe enganchar bien alrededor del estoma y una **bolsa impermeable** inodora por llevar un filtro de gases incorporado.

Existen de dos tipos:

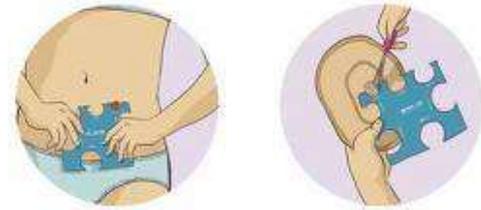
- Con **orificio central recortable**: La placa presenta diferentes líneas impresas para recortar el orificio adecuándolo al tamaño del estoma. No debe nunca sobrepasarse la última línea exterior.
- Con **orificio central precortado**: Existen orificios de diferentes tamaños que se presentan ya recortados.

b) Si la piel está irritada, utilizaremos un **dispositivo de 2 piezas** (placa y bolsa) hasta que la piel esté bien.

4. COLOCACION

- MEDIR EL ESTOMA Y RECORTAR LA PLACA ADHESIVA, si se puede recortar.

El estoma puede reducirse en los tres primeros meses. Conviene medirlo con frecuencia



- COLOCACION DEL DISPOSITIVO

En la bolsa de 1 pieza se ha de:

- **Retirar el papel que recubre el protector cutáneo.** Para mayor comodidad, tirar de la pestaña situada en el lateral del mismo.
- Sujetar la bolsa por los dos lados y **situar la placa sobre la piel** de modo que el estoma quede en el orificio central.
- Mantener una ligera presión sobre la placa, **alisándola** bien ya que el calor favorecerá la adherencia.



En los dispositivos de 2 piezas se ha de:

- **Adherir el disco a la piel**, sobretodo la parte más cercana al estoma
- **Encajar la bolsa** en el círculo de plástico presionando suavemente
- **Cerrar con el clip de seguridad**

Le facilitará la tarea, el *realizarlo de pie frente a un espejo* en un principio, hasta conseguir acostumbrarse.

Si su estoma es algo difícil e irregular, puede *aplicar pastas específicas* existentes en el mercado, para *rellenar los huecos que deja la placa*.

Ocasionalmente, puede padecer diarreas que alteren el ritmo normal de su vida. En este caso, la bolsa se llena rápidamente y no siempre se dispone del lugar adecuado para su cambio. Si así ocurre, *puede utilizar un tipo de bolsa abierta por la parte de abajo y con pinza*.

- FRECUENCIA DE CAMBIO

La bolsa se ha de cambiar cuando alcanza los **dos tercios de su capacidad**.

Las placas se cambian cada 3 o 5 días y siempre que hayan fugas.

5. - ALIMENTACIÓN:

La alimentación de una persona portadora de una COLOSTOMÍA no es diferente.

RECOMENDACIONES:

- Después de la intervención quirúrgica, introduzca los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades.
- No empezar con alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.
- Evite el exceso de peso, con el fin de facilitar que sea usted mismo quien se aplique los dispositivos y realice su propio aseo.
- Aumente la ingesta de líquido, entre 1.5 y 2 litros diarios, ya que las pérdidas suelen ser mayores que antes.
- Coma despacio y mastique bien, con la boca cerrada, para evitar la formación de gases.
- Si aparece diarrea o estreñimiento, utilice dietas especiales.
- Masticar bien, prestando especial atención a aquellos productos que pueden pasar sin ser digeridos y taponar el estoma, por ejemplo champiñones, maíz, etc...
- Evitar volúmenes grandes de comida, fraccionando la dieta en 4-6 veces al día y reposar después de las comidas para facilitar la digestión.

Los alimentos que contienen abundante fibra permiten un tránsito digestivo adecuado así como una regularidad en las deposiciones. Estos son: frutas, verduras, legumbres, cereales, etc.

Así mismo, hay alimentos que pueden producir más gases y olor en las heces, como por ejemplo: cebollas, ajos, col, apio, pepino, remolacha, huevos, bebidas con gas, comidas ricas en grasas, frutos secos, espárragos, alcachofas, coliflor, col, cerveza, carne de cerdo, especias y algunas legumbres...

Los alimentos inhibidores del olor son: mantequilla, yogurt, queso fresco y cítricos.

- ALIMENTOS ACONSEJADOS: Frutas y verduras, pescados y aves, pastas y arroces, leche
- ALIMENTOS DESACONSEJADOS: Carne de cerdo y charcutería, grasas, picantes, alcohol y bebidas gaseosas.

6.- VIDA SOCIAL:

Tras pasar un periodo de adaptación, podrá viajar, ir a la playa, salir, mantener relaciones sexuales, hacer deporte llevar una dieta normal, etc. Con la única precaución de llevar consigo alguna bolsa de recambio por si fuera necesaria. Es conveniente que tenga siempre en su casa más de una caja de bolsas para cubrir cualquier situación imprevista.

En momentos de reunión social, paseos, baños... lo ideal es utilizar una bolsa lo bastante pequeña como para dar la comodidad necesaria sin por ello perder seguridad.

Así mismo, existen sistemas de irrigación adaptados a colostomías para poder administrarse un enema cuando lo considere necesario y así vaciar la cavidad intestinal, evitando después un llenado rápido de la bolsa en situaciones como las anteriormente descritas.

7.- RECOMENDACIONES

7.1.- PREVENCIÓN DE LAS IRRITACIONES CUTÁNEAS

La principal causa es el contacto de la piel con las heces. Para evitarlo el dispositivo debe sellar bien el estoma para evitar filtraciones.

En caso de irritación:

- Realizar fomentos con vinagre de manzana (1 cucharadita) y agua (3 cucharaditas). Dejar 15 minutos en la piel periestomal.

7.2.- CUIDADOS

Un estoma NO ES UNA HERIDA. No es necesario usar guantes. Si lavado de manos

Si existe vello alrededor de la ostomía recórtelo o rasúrelo en el sentido del crecimiento del vello.

No perforar las bolsas por los gases puede darle olor.

Puede ducharse con (tapar el filtro) o sin bolsa.

Evite usar prendas ajustadas.

7.3.- POSIBLES COMPLICACIONES

AVISAR A LA ENFERMERA SI:

Existe sangrado severo tanto en la mucosa como en las heces

Estoma se vuelve azulado o negro.

Dolor abdominal severo, fiebre o distensión abdominal.

El estoma no es funcionante, es decir no hacer deposición ni expulsión de gases en un tiempo mayor al habitual para cada persona. Para notar que no expulsamos gases tapar el filtro con las pegatinas que vienen en la caja; notaremos que la bolsa se va hinchando.

Si se producen diarreas para evitar deshidrataciones. Puede acompañarse con fiebre, dolor abdominal, sequedad de boca y sed.

Bibliografía

- Carballo Chimarro, AI Guía rápida de colostomía . [Internet] Fundación Te cuidamos: orientación y asistencia sanitaria 2008 [consultado el 24 de marzo del 2011] Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-COL.pdf>
- SEDE. Guía para la persona colostomizada y familia. [consultado el 11 de marzo del 2011] Disponible en : <http://www.estomaterapia.es/guiaonline/guiacolo.htm>
- Lenneberg E, Mendelssonh A, Gross L. Guía de colostomía.[internet] United Ostomy Associations of America .2005. [consultado el 17 de marzo del 2012] Disponible en: http://www.ostomy.org/ostomy_info/pubs/uoac_colostomy_es.pdf
- Arroyo Sebastian A, Perez- Vicente F, Calpena Rico R, Pico J [Internet] Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad; 2006 [consultado el 11 de marzo del 2011] Disponible en <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1373-2006.pdf>
- Ostomias.com Sobre ostomias [Internet] [consultado el 11 de marzo del 2011] disponible en <http://www.ostomias.com/sobreostomias.html>

MANEJOS DE LAS ILEOSTOMÍAS

AUTORES: M^a.Carmen Mías Carballal¹, M^a Jesús Rodríguez Gias¹. Silvia Espasa Sandalinas².

¹Unidad de Hospitalización a domicilio del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

²Unidad de Hospitalización a domicilio de Hospital Can Misses de Ibiza

1. INTRODUCCIÓN

Esta guía va dirigida a personas que como usted, han sido operadas para mejorar la salud y como consecuencia de esto, su cuerpo ha sufrido una serie de modificaciones. Entendemos cómo se siente, quizás tenga miedos, dudas e inseguridad ahora que va a dejar el hospital. Es posible que su estado de ánimo no le permita ver el futuro con claridad. Usted no es el único, por su misma situación han pasado muchas personas que han conseguido llevar una vida dentro de la normalidad. Además siempre podrá contactar con el personal de enfermería para resolver cualquier duda o si necesita asesoramiento para decidir que tipo de bolsa es el más adecuado para usted.

¿QUE ES UNA ILEOSTOMIA?

Es abocar el ileon (intestino delgado) al exterior. **Habitualmente se coloca en el lado derecho.** Las heces serán **líquidas o semilíquidas** y **muy irritantes** para la piel que rodea el estoma y **no existe control para la defecación.**

Las deposiciones son abundantes 600-800 ml/día. Será necesario valorar el volumen que se pierde para tomar más líquidos.

¿QUE ES UN ESTOMA?

La porción de intestino en contacto con el exterior se llama “estoma”. Es **mucosa intestinal** y se puede exteriorizar en la parte izquierda o derecha del abdomen. No es piel.

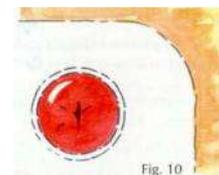
Tiene un color rojo-rosáceo y está húmedo.

Puede estar en contacto continuo con heces sin irritarse.

Se irrita la piel de alrededor, pero no el estoma.

No duele, pero puede sangrar si se roza.

El tamaño puede cambiar después de cierto tiempo de la intervención.



2. CUIDADOS E HIGIENE DEL ESTOMA

ES MUY IMPORTANTE MANTENER SIEMPRE LA PIEL LIMPIA Y SECA

- Despegue el adhesivo de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel de alrededor de la ileostomía con suavidad, hasta desprender completamente el dispositivo (bolsa). EVITE TIRONES.



- Retire los restos de heces de su ileostomía ayudándose con papel de celulosa.



- Limpie suavemente el estoma y la piel de alrededor con la esponja enjabonada. NO SE ALARME SI SU ILEOSTOMIA SANGRA DURANTE LA HIGIENE (puede suceder), si persiste el sangrado presione ligeramente con la esponja humedecida en agua fría. NO USAR NUNCA HIELO.

- Aclare evitando frotar y SEQUE la piel con toalla suave o papel de celulosa, a pequeños toques.

TIPOS DE DISPOSITIVOS (BOLSAS)

a) Si el estado de la piel del alrededor del estoma o “periestomal” es bueno, aplicaremos un **dispositivo de una sola pieza**.

La bolsa consta de una **parte adhesiva** que se debe enganchar bien alrededor del estoma y una **bolsa impermeable inodora** por llevar un filtro de gases incorporado.

Existen de dos tipos:



- Con **orificio central recortable**: La placa presenta diferentes líneas impresas para recortar el orificio adecuándolo al tamaño del estoma. No debe nunca sobrepasarse la última línea exterior.
- Con **orificio central precortado**: Existen orificios de diferentes tamaños que se presentan ya recortados.

b) Si la piel está irritada, utilizaremos un **dispositivo de 2 piezas** (placa y bolsa) hasta que la piel esté bien. Habitualmente es el que se emplea para las ileostomías.



bolsa



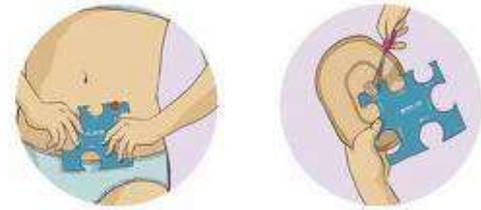
placa

Si las heces son muy líquidas se puede emplear una bolsa con una pinza al final, o con grifo, que permite vaciarla regularmente.

4. COLOCACION

- MEDIR EL ESTOMA Y RECORTAR LA PLACA ADHESIVA, si se puede recortar.

El estoma puede reducirse en los tres primeros meses. Conviene medirlo con frecuencia



- COLOCACION DEL DISPOSITIVO

En la bolsa de 1 pieza se debe:

- Calentar el disco entre las manos para que esté más moldeable.
- **Retirar el papel que recubre el protector cutáneo.** Para mayor comodidad, tirar de la pestaña situada en el lateral del mismo.
- Sujetar la bolsa por los dos lados y **situar la placa sobre la piel** de modo que el estoma quede en el orificio central.
- Mantener una ligera presión sobre la placa, **alisándola** bien ya que el calor favorecerá la adherencia.



En los dispositivos de 2 piezas se ha de:

- Calentar el disco entre las manos para que esté más moldeable.
Adherir el disco a la piel, sobretodo la parte más cercana al estoma .
- **Encajar la bolsa** en el círculo de plástico presionando suavemente.
 - **Cerrar con el clip de seguridad.**
 - **Realizar un pequeño tirón de la bolsa para asegurarnos de que ha quedado bien encajada la bolsa .**

Le facilitará la tarea, el *realizarlo de pie frente a un espejo* en un principio, hasta conseguir acostumbrarse.

Si su estoma es algo difícil e irregular, le enseñaremos a *aplicar pastas específicas* existentes en el mercado, para *rellenar los huecos que deja la placa*.

Ocasionalmente, puede padecer diarreas que alteren el ritmo normal de su vida. En este caso, la bolsa se llena rápidamente y no siempre se dispone del lugar adecuado para su cambio. Si así ocurre, *puede utilizar un tipo de bolsa abierta por la parte de abajo y con pinza*.

- FRECUENCIA DE CAMBIO

La bolsa se ha de cambiar cuando alcanza los **dos tercios de su capacidad**.

Las placas se cambian cada 3 ó 5 días y siempre que haya fugas.

5. - ALIMENTACIÓN:

La alimentación de una persona portadora de una ILEOSTOMÍA no es diferente que la de los pacientes portadores de otro tipo de “ostomia”, pero *será necesario controlar la cantidad de líquidos que se pierden* por las heces para reponerlos, y seguir las siguientes recomendaciones

RECOMENDACIONES:

- Después de la intervención quirúrgica, introduzca los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades.
- No empazar con alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.
- Evite el exceso de peso, con el fin de facilitar que sea usted mismo quien se aplique los dispositivos y realice su propio aseo.
- **Aumente la ingesta de líquido**, entre 1.5 y 2 litros diarios, ya que las pérdidas suelen ser mayores que antes.
- Coma despacio y mastique bien, con la boca cerrada, para evitar la formación de gases.
- Si aparece diarrea o estreñimiento, utilice **dietas especiales**.
- Masticar bien, prestando especial atención a aquellos productos que pueden pasar sin ser digeridos y taponar el estoma, por ejemplo champiñones, maíz, etc...
- Evitar volúmenes grandes de comida, fraccionando la dieta en 4-6 veces al día y reposar después de las comidas para facilitar la digestión.

Los alimentos que contienen abundante fibra permiten un tránsito digestivo adecuado así como una regularidad en las deposiciones. Estos son: frutas, verduras, legumbres, cereales, etc.

Así mismo, hay alimentos que pueden producir más gases y olor en las heces, como por ejemplo: cebollas, ajos, col, apio, pepino, remolacha, huevos, bebidas con gas, comidas ricas en grasas, frutos secos, espárragos, alcachofas, coliflor, col, cerveza, carne de cerdo, especias y algunas legumbres...

Los alimentos inhibidores del olor son: mantequilla, yogurt, queso fresco y cítricos.

- **ALIMENTOS ACONSEJADOS:** Frutas y verduras, pescados y aves, pastas y arroces, leche
- **ALIMENTOS DESACONSEJADOS:** Carne de cerdo y charcutería, grasas, picantes, alcohol y bebidas gaseosas.

6.- VIDA SOCIAL:

Tras pasar un periodo de adaptación, podrá viajar, ir a la playa, salir, mantener relaciones sexuales, hacer deporte llevar una dieta normal, etc. Con la única precaución de llevar consigo alguna bolsa de recambio por si fuera necesaria. Es conveniente que tenga siempre en su casa más de una caja de bolsas para cubrir cualquier situación imprevista.

En momentos de reunión social, paseos, baños... lo ideal es utilizar una bolsa lo bastante pequeña como para dar la comodidad necesaria sin por ello perder seguridad.

Así mismo, existen sistemas de irrigación adaptados a ileostomias para poder administrarse un enema cuando lo considere necesario y así vaciar la cavidad intestinal, evitando después un llenado rápido de la bolsa en situaciones como las anteriormente descritas.

7.-RECOMENDACIONES

7.1.- PREVENCIÓN DE LAS IRRITACIONES CUTÁNEAS

La principal causa es el contacto de la piel con las heces. Para evitarlo el dispositivo debe sellar bien el estoma para evitar filtraciones.

En caso de irritación:

- Realizar fomentos con vinagre de manzana (1 cucharadita) y agua (3 cucharaditas). Dejar 15 minutos en la piel periestomal.
- Aplicar toques de mercromina en toda la zona irritada. Retirar con suaves toques y aplicar producto barrera.

7.2.-OBSERVACIONES

Un estoma NO ES UNA HERIDA. No es necesario usar guantes. Si lavado de manos
Si existe vello alrededor de la ostomía recórtelo o rasúrelo en el sentido del crecimiento del vello.

No perforar las bolsas por los gases puede darle olor.

Puede ducharse con (tapar el filtro) o sin bolsa.

Evite usar prendas ajustadas.

No usar el secador por riesgo de quemaduras.

Un ligero sangrado del estoma es normal. Si se mantiene avisar a la enfermera.

Aparición de pus en el estoma y fiebre.

AVISAR A LA ENFERMERA SI:

Existe sangrado severo tanto en la mucosa como en las heces

Estoma se vuelve azulado o negro.

Dolor abdominal severo, fiebre o distensión abdominal.

El estoma no es funcionante, es decir, no hacer deposición ni expulsión de gases en un tiempo mayor al habitual para cada persona. Para notar que no expulsamos gases tapar el filtro con las pegatinas que vienen en la caja; notaremos que la bolsa se va hinchando.

Si se producen diarreas, para evitar deshidrataciones. Puede acompañarse con fiebre, dolor abdominal, sequedad de boca y sed.

Salida de las heces por otro sitio diferente del estoma.

Hundimiento del estoma.

CUIDADOS DEL SISTEMA URINARIO

CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL

AUTOR: Bouzas López, Sonia. HADO. Hospital del Salnés, Vilagarcía de Arousa.

¿QUE ES UN SONDAJE VESICAL?

Es la introducción de una sonda o catéter en la vejiga a través del meato urinario y de la uretra, para la extracción de la orina, que se mantiene de forma continuada.

El sondaje permanente se suele usar en pacientes que hacen retenciones urinarias con frecuencia.

La infección urinaria es más frecuente en pacientes que portan sondaje vesical prolongado, por eso es muy importante una buena higiene y seguir las siguientes recomendaciones.

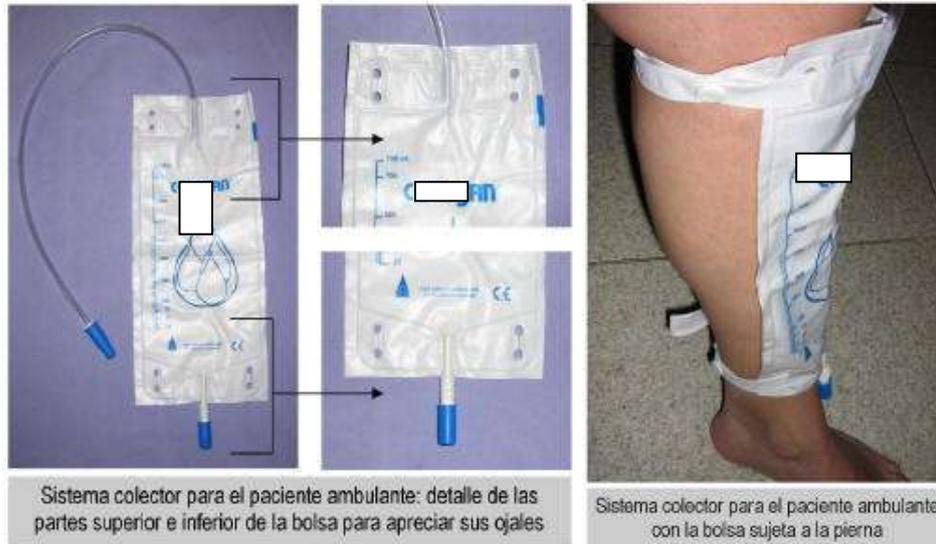
RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA SONDA VESICAL

- Lavar las manos antes y después de tocar la sonda o cualquier zona del meato urinario para evitar infecciones.
- No tirar de la sonda bruscamente, ya que lleva en el interior de la vejiga un globo hinchado de agua estéril, con el fin de evitar que salga fácilmente y podría lastimar al paciente.
- Evitar doblar o aplastar la sonda o el tubo que la conecta a la bolsa.
- La bolsa de orina debe estar siempre por debajo de la altura de la vejiga para evitar el reflujo (flujo de orina de la bolsa a la vejiga), ya que aumenta el riesgo de infección urinaria.
- Lavar la zona genital, meato urinario y sonda con agua caliente y jabón al menos una vez al día, movilizandola sonda en sentido rotatorio para evitar incrustaciones.
- Beber abundantes líquidos (aproximadamente 2 litros al día) SALVO CONTRAINDICACIÓN MÉDICA. Esto ayuda a evitar infecciones y obstrucciones de la sonda por sedimentos o arenillas.
- Se recomienda vaciar la bolsa de orina cada 8 horas o cuándo esté casi llena (2/3 de su capacidad). Es preferible usar bolsas de recogida de orina, pero en ciertas circunstancias se usa tapón (en este caso se debe tener un exquisito cuidado higiénico al manipularlo).
- No poner la bolsa de orina en el suelo, deberá fijarse en un lateral de la cama o silla. Existen bolsas de menor tamaño que se fijan al muslo o a la pierna en el caso de pacientes que deambulan.

¿CUANDO CAMBIAR LA SONDA VESICAL?

- La sonda vesical debe cambiarse de forma periódica (cada mes o cada tres meses según el tipo de sonda) o cuando esté defectuosa.
 - Normalmente si la sonda es de látex se cambia cada mes y si es de silicona a los tres meses.
 - Su enfermera será la encargada de cambiar la sonda vesical cuando le corresponda.
 - Recomendamos **cambiar la bolsa de orina** cada 5-6 días en el caso de que tenga dispositivo de vaciado "de grifo"; cambiarla antes si está sucia o defectuosa.
- Si no tiene dispositivo de vaciado ("grifo") se recomienda poner una bolsa nueva cada vez que se vacíe.

Imagen de bolsa urinaria de pierna:



PRECAUCIONES EN PACIENTES QUE PORTAN SONDA VESICAL

Observar las características de la orina. En las siguientes situaciones avise a su equipo de salud:

- Color (presencia de sangre, coágulos, sedimentos, color oscuro...).
- Reducción notable de la diuresis o una cantidad menor a 600 ml/día.
- Pérdidas de orina alrededor de la sonda.
- Espasmos de la vejiga y bajo vientre frecuentes.
- Olor desagradable, fiebre, escalofríos y sensación de quemazón alrededor de la sonda que pueden indicar infección.
- En caso de obstrucción, fíjese que la sonda o el tubo no estén acodados. Para desobstruir la sonda puede realizar un lavado, (manteniendo una adecuada higiene de manos) con jeringa de 50cc y suero, introduciendo unos 20cc y aspirando el contenido, repetir si precisa y si no se resuelve avise a su equipo de salud.

Bibliografía

- Cuidado del paciente portador de sonda vesical. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.enferurg.com/protocoloschus/904.pdf
- Cuidados de enfermería de un sondaje vesical. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.compendiodenfermeria.com/cuidados-de-enfermeria-de-un-sondaje-vesical/
- Cuidados del usuario con sonda vesical en el hogar. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.enfermeriadomicilio.cl/sin-categoria/608/
- Cuidados de enfermería en pacientes con sonda vesical. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.enfermerasperu.com/cuidado_del_paciente_con_sonda_vesical.php
- Protocolo de sondaje vesical. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf

URETEROSTOMÍA

AUTORES: M^a.Carmen Mias Carballal¹, M^a Jesús Rodríguez Gias¹. Silvia Espasa Sandalinas².

¹Unidad de Hospitalización a domicilio del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

²Unidad de Hospitalización a domicilio de

1. INTRODUCCION

Cuando existe un problema o una alteración que impida el normal funcionamiento del sistema urinario puede hacerse necesaria la realización de una ostomía, que consiste en derivar el flujo de orina que se ha formado en el riñón eliminando su paso por la vejiga, para facilitar su salida por un orificio al exterior, llamado “estoma”. Con ello, el objetivo primordial es preservar la función del riñón.

¿QUE ES UNA UROSTOMIA?

Es abocar una porción de vía urinaria o intestino al exterior para poder expulsar orina que no puede ser eliminada por orificios naturales.

Existen distintos tipos de urostomías o derivaciones urinarias, dependiendo del problema que presente cada persona:

Nefrostomía: cuando se comunica el riñón directamente con la piel, utilizando para ello un catéter o sonda, con el objetivo de drenar el riñón.

Ureterostomía: cuando la parte del aparato urinario que se exterioriza a la piel son los uréteres pudiendo ser unilateral o bilateral.

Vejiga ileal: cuando se elimina la vejiga y se conectan los uréteres a una porción de intestino delgado o íleon que sale al exterior formando un estoma

La **emisión de orina es continua**, no nos podemos aguantar.

El color y olor de la orina es igual al de antes de la cirugía, es decir de color amarillo claro, pero a veces se acompaña de moco.

Es posible que a través del estoma salgan uno o dos catéteres que se irán saliendo solos o los retirará el urólogo pasadas unas semanas de la cirugía. Deben manipularse con cuidado e introducirlos dentro de la bolsa evitando acodamientos.

¿QUE ES UN ESTOMA?

Es un segmento de intestino o vía urinaria (uréter) abocada al abdomen. No es piel,

Tiene un color rojo-rosáceo y está húmedo.

Puede estar en contacto continuo con orina sin irritarse. **Se irrita la piel, no el estoma.**

No duele, puede sangrar si se roza.

El tamaño puede cambiar después de cierto tiempo de la intervención.



2. CUIDADOS E HIGIENE DEL ESTOMA

MANTENER SIEMPRE LA PIEL LIMPIA Y SECA

- Despegue el adhesivo de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel de alrededor de la urostomía con suavidad, hasta desprender completamente el dispositivo (bolsa). EVITE TIRONES.
- Limpie suavemente la urostomía y la piel de alrededor con la esponja enjabonada. NO SE ALARME SI SU UROSTOMÍA SANGRA DURANTE LA HIGIENE (puede suceder) Si persiste el sangrado presione ligeramente con la esponja humedecida en agua fría **NO USAR NUNCA HIELO**.
- Aclare evitando frotar y SEQUE la piel con toalla suave o papel de celulosa, a pequeños toques



3. TIPOS DE DISPOSITIVOS (BOLSAS)

- En su caso, si el estado de la piel periestomal es bueno, aplicaremos dispositivo de una sola pieza.
- Si la piel está irritada, utilizaremos un dispositivo de 2 piezas (placa y bolsa) hasta que la piel esté bien.

La bolsas utilizadas para **recoger orina son abiertas**. En la parte inferior tiene un **grifo**. Este se puede unir a una **bolsa de orina** de mayor capacidad (700-800ml) que se acoplan a la pierna o bien más grandes (2000-2500ml) para dormir. Tienen un **sistema antirreflujo** que evita que la orina retroceda a las vías urinarias y previene la infección de orina.

Si va a conectar en el grifo una bolsa de mayor capacidad lo tendrá que **dejar abierto** y así pasará a la bolsa de más capacidad.

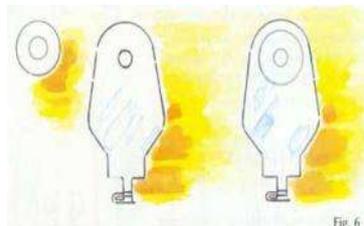


Fig. 6

Bolsa abierta con grifo

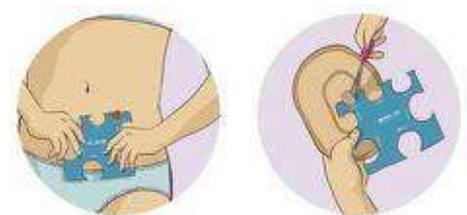


Bolsa de orina

4. COLOCACION

- MEDIR EL ESTOMA Y RECORTAR LA PLACA ADHESIVA

El estoma puede reducirse en los tres primeros meses.
Conviene medirlo con frecuencia



- COLOCACION DISPOSITIVO
- En bolsa de 1 pieza **retirar el film protector** y pegar la bolsa alrededor del estoma **alisándolo bien**
-



Fig. 7

- En dispositivos de 2 piezas **adherir el disco a la piel**, sobretodo la parte más cercana al estoma y a continuación **encajar la bolsa** en el círculo de plástico, **cerrando con el clip de seguridad**.
- FRECUENCIA DE CAMBIO
 - En bolsas de 1 pieza **cambiar la bolsa a diario** o cada 2 días y **vaciar siempre que supere la mitad de la bolsa**.

La bolsa de orina de pierna y la de cama se ha de cambiar cada día.

- En dispositivos de 2 piezas **cambiar el disco adhesivo si hay fugas**. Si no hay fugas mantenerlo 3-4 días y **cambiar cada día la bolsa**.

Vaciar la bolsa cuando esté a la **mitad** de su capacidad

La bolsa de orina de pierna y la de cama se ha de cambiar cada día

4.- ALIMENTACION

No hay necesidad de seguir una dieta especial, puede tomar todo tipo de alimento a no ser que lo indique el médico, pero:

- Debe incluir de 2 a 3 litros de agua al día.
- Es beneficioso el aporte de potasio contenido en las patatas y frutas (plátano).
- Tomar alimentos ricos en vitamina C (naranjas, arándanos, kiwis, limitar el limón.) para evitar producir infecciones de orina e irritaciones de la piel debido a la alcalinidad de la orina.
- Es importante evitar un aumento excesivo de peso, ya que puede dificultar la aplicación de la bolsa o los cambios de la misma.

5.- VIDA SOCIAL

Es aconsejable que hable de su nueva condición de persona ostomizada con aquellas personas que tenga más cercanas, y por tanto con las que tenga más confianza. El acto de narrar, de contar lo que uno vive y lo que siente, es ya de por si terapéutico, ayuda a su mejoría tanto psicológica como física.

Conforme se vaya recuperando de la intervención, vaya saliendo de su casa poco a poco, realizando sus actividades habituales que realizaba antes de la intervención quirúrgica. Lógicamente lleva su tiempo y éste será distinto para cada persona.

Es conveniente que tenga en casa más de una caja de bolsas para cubrir cualquier situación imprevista y que aprenda el número y diámetro del dispositivo, y el nombre del protector cutáneo.

Cuando salga de paseo, tenga la precaución de llevar consigo alguna bolsa y placa de recambio y todo lo necesario para la higiene por si fuera necesario cambiarlo

PREVENCIÓN DE LAS IRRITACIONES CUTÁNEAS

La principal causa es el contacto de la piel con las heces. Para evitarlo el dispositivo debe sellar bien el estoma para evitar filtraciones.

En caso de irritación:

- Realizar fomentos con vinagre de manzana (1 cucharadita) y agua (3 cucharaditas). Dejar 15 minutos en la piel periestomal.
- Aplicar toques de mercromina en toda la zona irritada. Retirar con suaves toques y aplicar producto barrera.

POSIBLES COMPLICACIONES

AVISAR A LA ENFERMERA SI

Existe sangrado severo tanto en la mucosa como en si se expulsa con la orina

Estoma se vuelve azulado o negro.

Dolor abdominal severo, fiebre o distensión abdominal.

Consultar si se forman cristalitas alrededor del estoma que pueden indicarnos infección y orinas alcalinas. Recomendada dieta rica en vitamina C para acidificar la orina y evitar infecciones.

Olor de la orina más fétido de lo habitual.

Arenilla o sedimento en la orina.

Salida de la orina por otro sitio diferente del estoma. (Fístulas).

Bibliografía

- Educación sanitaria: cirugía urológica [Internet] Fundación Te cuidamos. orientación y asistencia sanitaria [consultado el 11 de marzo del 2011] Disponible en : <http://www.tecuidamos.org/educa/educacion1-2.html>
- Guía rápida urostomias. [Internet] Fundación Te cuidamos. orientación y asistencia sanitaria [consultado el 11 de marzo del 2011] <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-URO.pdf>
- SEDE. Guía para la persona colostomizada y familia. [consultado el 11 de marzo del 2011] Disponible en : <http://www.estomaterapia.es/guiaonline/guiacolo.htm>
- Jeter KF. Guía de ureterostomía. [internet] United Ostomy Associations of America. 2005. [consultado el 17 de marzo del 2012] Disponible en: http://www.ostomy.org/ostomy_info/pubs/uo_a_urostomy_es.pdf

- Guía practica para personas ostomizadas.[Internet] Fundación Ayúdate. Madrid. 2003 [consultado el 11 de marzo del 2011] Disponible en: <http://www.ayudate.es/docs/1.pdf>
- Manual sobre derivaciones urinarias. [Internet.] Madrid. Coloplast. 2002 [consultado el 12de marzo del 2011] Disponible en:
[http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/889364000a74fc17c1256bec0048558f/\\$FILE/ATTOUE1E/Manual.doc](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/889364000a74fc17c1256bec0048558f/$FILE/ATTOUE1E/Manual.doc)
- Perez Garcia S. Tipos de Ostomias. [Internet] Sociedad Española de Estomaterapia [consultado el 12 de marzo del 2012] Disponible en:
<http://inicia.es/de/sostoenf/tipoosto.htm>

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

AUTORES:

M^a Jesús García Pesquera. U.H.D. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Emma Folch Ferré. UHD. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

OBJETIVO

Aumentar la concienciación sobre el riesgo de caídas en domicilio tras un ingreso hospitalario y proporcionar al paciente y cuidadores posibles estrategias para reducirlo, así como las intervenciones a realizar en caso de producirse la caída.

INTRODUCCIÓN

Las caídas son acontecimientos de considerable importancia que generan un daño adicional en el paciente y alteran su recuperación. Pueden resultar sin consecuencias o llegar a presentar lesiones importantes.

En la aparición de caídas influyen multitud de factores que podrían ser reducidos o evitados con intervenciones puntuales. La incidencia de caídas aumenta considerablemente cuando se da combinación de varios factores.

Es importante la colaboración de familiares y cuidadores junto con el personal de enfermería para la prevención del riesgo de caídas en domicilio tras un ingreso hospitalario.

VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Existen factores asociados a las caídas, que pueden ser extrínsecos (entorno inadecuado) e intrínsecos (asociados al estado de salud y personal), se revisará la historia de caídas previas y los cambios que pueden haber en el paciente respecto a la situación previa al ingreso.

1. Factores intrínsecos

- Edad: menores de 6 y mayores de 70 años
- Limitación en la movilidad
- Estado neurológico deteriorado
- Estado emocional
- Deterioro estado físico por enfermedad (post-operatorio, etc.)
- Limitaciones sensoriales: visión, audición, sensibilidad
- Tratamiento farmacológico: hipoglucemiantes, antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antiarrítmicos e inotrópicos (son aquellos que aumentan la contractilidad cardíaca)

2. Factores extrínsecos

- Espacio limitado
- Mobiliario inadecuado o desordenado
- Mala iluminación
- Uso de dispositivos para andar
- Camas bajas, sin barandillas y sin accesorio para ayudar a levantarse
- Dificil acceso al baño, lavabos muy bajos, bañeras en lugar de plato de ducha, sin alfombra antideslizante
- Suelos irregulares, mojados o resbaladizos, alfombras sin fijación
- Ropa y calzado inadecuado
- Inaccesibilidad a los objetos
- Mascota en el domicilio

EDUCACION AL PACIENTE Y CUIDADOR. INTERVENCIONES.

Identificar los posibles riesgos de caídas (aspectos del entorno, eliminación, movilidad, estado cognitivo, medicación, uso de dispositivos como silla de ruedas, etc.).

Actividades (**intervenciones**) importantes a realizar para disminuir el riesgo de caídas en el domicilio.

1. Acciones encaminadas a mantener un entorno seguro

- Mantener el mobiliario siempre en buen estado (cama, sillas, mesillas, etc.)
- Retirar muebles bajos que supongan un riesgo de tropezones
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo
- Evitar que el suelo esté mojado y el uso de abrillantadores
- Colocar la cama, si es mecánica, en la posición más baja (así pueden acostarse y levantarse con mayor facilidad)
- Bloquear las sillas de ruedas, camas, u otros dispositivos en la transferencia del paciente
- Disponer de iluminación adecuada para aumentar visibilidad y mantener alguna luz encendida por la noche
- No andar descalzo, ni con chanclas. Se recomienda zapatillas cerradas y con suela antideslizante
- Utilizar en la ducha alfombras antideslizantes

2. Acciones encaminadas a prevenir caídas con la movilidad/estabilidad

- Sugerir barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño.
- Sugerir dispositivos de ayuda (bastón, andadores...) para conseguir una deambulación estable.
- Sugerir un asiento de baño elevado en caso necesario
- Mantener los dispositivos de ayuda (bastón, andadores...), en buen estado
- Enseñar al paciente a usar el bastón o el andador adecuadamente
- Ayudar a levantar de la cama y en los desplazamientos a la persona inestable
- Realizar levantamiento de la cama progresivo para evitar mareos
- Mejorar el equilibrio y la movilidad del paciente, fomentando la realización de ejercicio físico

3. Acciones para prevenir caídas por alteraciones sensitivas

- Recordar al paciente que lleve siempre las prótesis colocadas (audífonos...) o que las tenga lo mas cerca posible
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente
- Valorar alteración táctiles
- Uso de gafas oculares
- Hablarle claro y comprobar que entiende

4. Acciones para prevenir caídas por alteración del nivel de conciencia

- Orientar al paciente sobre el orden físico de la habitación
- Ayudar a levantarse y acostarse de la cama y otras movilizaciones
- Reorientar al paciente en tiempo y espacio.
- Evitar objetos cerca del paciente que puedan producir algún tipo de lesión (objetos cortantes...)
- Inquietud controlada (agitación). Siempre antes de sujetar hay que valorar otras alternativas.

5. Acciones para prevenir caídas por pauta de medicaciones especiales

- Valorar el efecto de medicamentos que aumenten el riesgo de caídas

6. Acciones para prevenir caídas relacionadas con alteraciones de la eliminación

- En el caso de la toma de diuréticos, proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en bacinilla durante la noche. Si la pauta lo permite, no tomar los diuréticos a partir de las 7 de la tarde.

7. Riesgos de caídas relacionadas con alteración en la comprensión

- Hablar claro y comprobar que entienda.

ACTUACIÓN ANTE UNA CAÍDA

- Lo primero que haremos ante una caída es valorar al paciente y atender a las necesidades y/o lesiones que presente el enfermo, si fuera el caso.
- Ayudar a incorporarse al paciente.
- Reorientar al paciente en tiempo y espacio.
- Valorar lesiones y efectos de la medicación.
- Avisar al personal de la unidad de Hospitalización a Domicilio. Se comunicará el incidente aunque no exista lesión.
- Los pacientes y familia deben de participar en el análisis de una caída, para tratar el incidente y de las medidas correctoras y evitar que se repita.

BIBLIOGRAFIA

1. Leonnie Lambert, • Ms Jacky Wood, • Dr Inge Kowanko, • Mr Stephen Simon , • Ms Lee Thomas, • Ms Paula Butterworth et al.

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals: Caídas en Hospitales;
The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing. 2007. ISSN 1329-1874

2. Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community, Issue 2. Art. N°: CD007146DOI: 10.1002/14651858. CD007146.pub2 . Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009.

3. Comisión Nacional de Arbitraje médico. Red de enfermería de América Latina, 2006
Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caídas.

Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/documentos/decs/EventoSeguridadPaciente-BsAires11-12ago/Dr_Ortega_Mexico.pdf

4. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria de Osakidetza. 2009

5. Projecte de prevenció de caigudes en pacients ingressats. Hospital Universitario Joan XXIII. 2010

6. Protocolo de caídas. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Nov 2010

7. Santos Laraña, M^a A. et al. Prevención de caídas. Estrategias de intervención. Rev ROL Enf 2007; 30(9): 614-618

8. Arroyo de Cordero, G.;Victoria Ochoa R. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caídas de pacientes durante la hospitalización. Desarrollo Cientif Enferm 2006; 14 (4)

9. Navarro Maldonado, C.A.; Rodríguez Velázquez, A.J. Riesgo de caídas de mayores de 65 años en domicilio, abordaje desde enfermería. Caso clínico. Evidentia 2009 ene-mar; 6(25)

10. Laguna Parras, J.M. et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. Gerokomos 2010; 21 (3): 97-107

11. Leiva, A.; Arraigada, I. Protocolo de prevención de caídas. Horiz Enferm 2008; 19 (2) 83-95.

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PRÓTESIS DE CADERA

AUTORA: Sara Mazo Casaus. Coordinadora Hospitalización Domiciliaria Fundación Hospital Calahorra

INTRODUCCIÓN.

Después de una operación de prótesis de cadera, cuando el paciente y su familia llega al domicilio tienen muchas dudas de qué cosas puede o no hacer. Nuestra intención, en estas líneas, es conseguir que se sienta más seguro y sepa como debe realizar sus actividades de la vida diaria y qué ejercicios debe realizar para conseguir una rápida recuperación.

Los pacientes deben movilizar la articulación lo antes posible pero sin sobrecargarla. El objetivo de la terapia física del paciente es mejorar el funcionamiento de la cadera y al mismo tiempo mantener y aumentar la estabilidad de la articulación para permitir una buena prótesis fija.

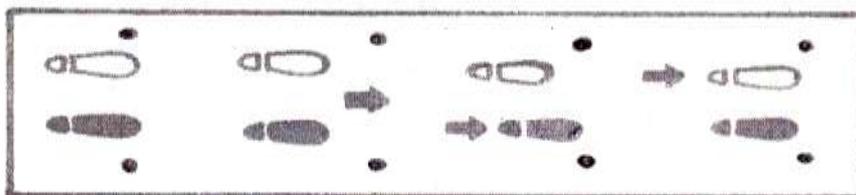
• RECOMENDACIONES

CONSEJOS PRÁCTICOS EN CASA

- No se moje la cicatriz hasta que le retiren las grapas.
- Usar delantal con bolsillos.
- En el mercado existen algunos aparatos especiales para poder coger cosas del suelo sin agacharse. Si usted tiene dificultad para ello, puede conseguir uno que le facilite esta tarea.
- No acostarse sobre el lado operado, y si se coloca sobre el lado sano poner una almohada entre las piernas.
- Evitar sentarse en sillones blandos y sillas demasiado bajas.
- No coger pesos, evitar ponerse de cuclillas o posturas forzadas.
- Evite las relaciones sexuales durante las primeras 4-6 semanas. La actividad sexual se puede reanudar después de 2 meses.
- Puede volver a trabajar a los 3-6 meses, según indique su médico.
- No debe conducir hasta pasados 3-6 meses, según indique su médico.

CÓMO CAMINAR EN LAS PRIMERAS SEMANAS

- Adelantar el andador o las muletas y colocarlo/s a una distancia corta de más o menos un paso.
- Llevar hacia delante la pierna afecta.
- Adelantar la pierna sana, apoyándose en el andador o muletas y procurando no echar mucho peso en la pierna afecta.



Progresión normal de la marcha: Primero andador, luego dos muletas, luego 1 muleta.

Siempre seguir las indicaciones del traumatólogo.

¡¡NUNCA SOBRECARGAR CON LOS PIES!

COMO SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- Para subir primero subir la pierna sana y después subir al mismo escalón la pierna afectada.
- Para bajar primero bajar la pierna afectada y luego bajar al mismo escalón la pierna sana.

3. EJERCICIOS RECOMENDADOS

Este programa de ejercicios deberá realizarlo tras la cirugía para fortalecer la musculatura periarticular. Así podrá realizar sus actividades cotidianas con más facilidad, la prótesis estará más estable y por tanto tendrá menos riesgo de salirse (luxación).

Es conveniente que realice unas 10 repeticiones de cada ejercicio, 3 veces al día (excepto si se indica otra cosa). Los ejercicios no deben provocar sensación de falta de aire, ni aumentar excesivamente el dolor.

En los ejercicios en posición tumbada se recomienda mantener la pierna sana doblada con el pie apoyado en la cama.

1. Tumbado boca arriba, mueva el pie y los dedos de la pierna afectada hacia la nariz y en sentido contrario alternadamente.



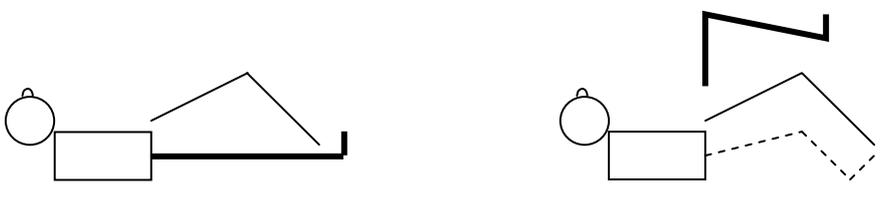
Se puede realizar desde el primer día.

2. Tumbado boca arriba, con la pierna afectada extendida presionar fuertemente sobre una pequeña toalla enrollada colocada bajo la rodilla, mantener 3 segundos y descansar.



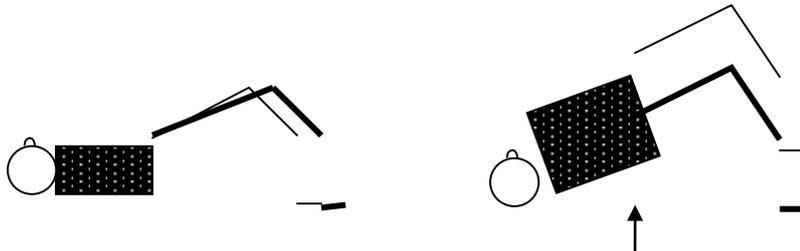
Se puede realizar desde el primer día.

3. Tumbado boca arriba, arrastrar el talón de la pierna afectada sobre la cama para ir doblando la rodilla. Conforme gane fuerza realice el ejercicio sin arrastrar el talón, elevando la pierna en flexión



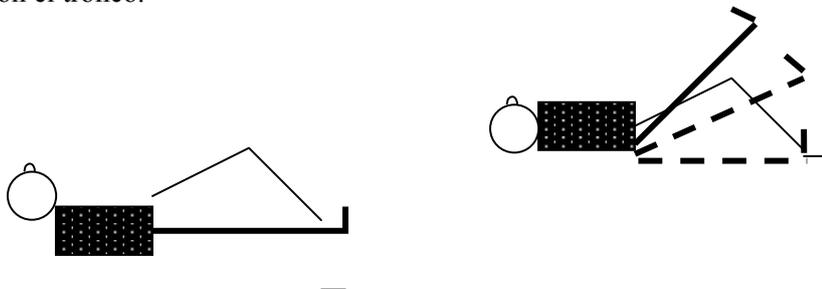
Se puede realizar desde el primer día.

4. Tumbado boca arriba con las dos rodillas dobladas. Levantar el culo de la cama.



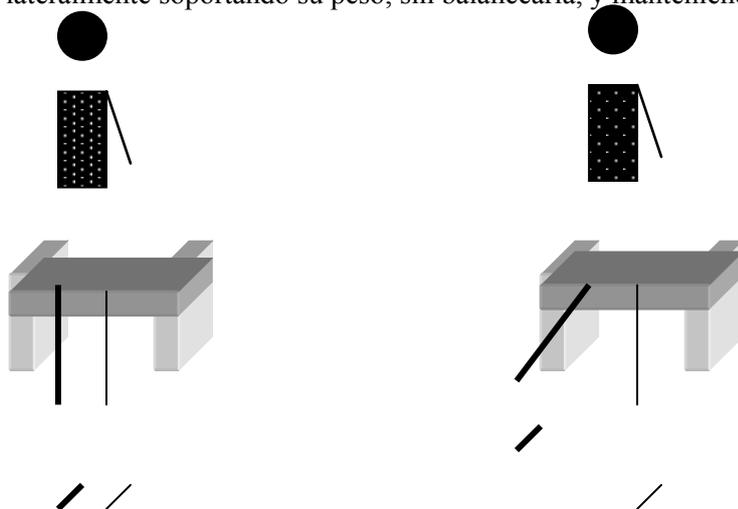
Se puede realizar desde el primer día.

5. Tumbado boca arriba, elevar la pierna afectada extendida hasta formar un ángulo recto con el tronco.



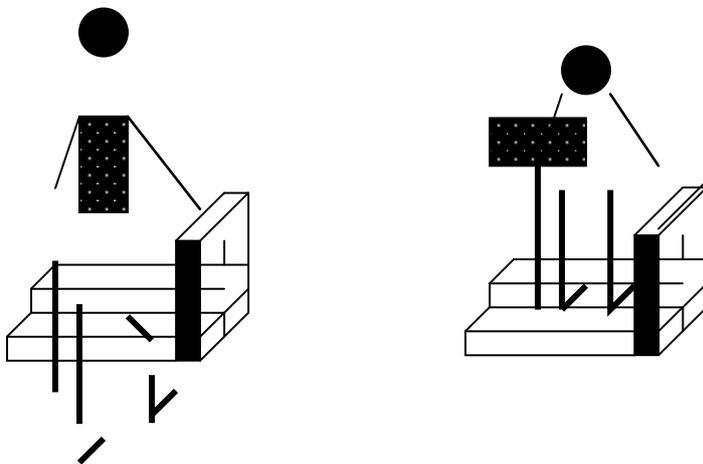
Las 1ª sesiones con ayuda del cuidador, luego cada vez menos conforme el paciente sea capaz de elevarlo solo.

6. De pie y de frente a una mesa donde apoyar las manos, llevar la pierna afectada hacia fuera lateralmente soportando su peso, sin balancearla, y manteniendo el tronco recto.



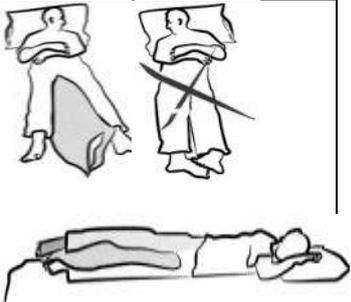
Cuando pueda apoyarse en la pierna afectada, realizar el mismo ejercicio con la pierna sana. En general, dos semanas tras la intervención.

7. De pie frente a la escalera, apoyándose en el pasamanos y en la muleta, subir y bajar la pierna afectada al primer escalón.



Quando pueda apoyarse en la pierna afecta, realizar el mismo ejercicio con la pierna sana. En general, dos semanas tras la intervención.

POSICIONAMIENTO EN CAMA

	<ul style="list-style-type: none"> • Colchón firme. • Altura mínima altura de rodillas. • Sabanas de material suave para deslizamiento. • No doblar excesivamente cadera, entre tronco y muslo más de 90°. • En posición tumbada no colocar cojín debajo de rodilla para descansar un largo tiempo. • Evitar mantener la misma postura durante un período de tiempo prolongado 	
<p>ENTRAR</p>	<p>Elegir el lado que permita realizar el esfuerzo con la pierna no operada.</p> <p>Sentarse en el borde con la pierna operada estirada y echarse hacia atrás lentamente.</p> <p>Mover el cuerpo recto apoyándose sobre los codos y vista al frente para no perder equilibrio.</p> <p>No dejarse caer.</p>	
<p>SALIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por el lado de la pierna operada. • Para evitar doblarse mire hacia arriba. • Posibilidad de utilizar triangulo de incorporación. 	
<p>TUMBADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Almohada entre las piernas para evitar cruzarlas o girarlas. • Apuntar con el dedo gordo hacia el techo. • No tensar las sabanas. • No acostarse de lado hasta que lo indique el médico. Cuando lo haga la pierna operada sobre un cojín. 	

SENTARSE – LEVANTARSE

<p>➤ Silla firme, con reposabrazos y asiento por encima de la altura de la rodilla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferible silla alta. • Evitar sillas o sillones bajos y blandos. • No cruzar las piernas. • No doblarse hacia delante. • Mantener rodillas bajas y pies rectos. 		
<p>SENTARSE</p>	<p>Acercarse al borde de la silla de espaldas al asiento. Mano en reposabrazos y pierna estirada hacia delante. Bajar poco a poco no dejarse caer.</p>	

<p>WC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir precauciones de sentarse y levantarse (apartado anterior). - Barras y/o apoyabrazos si en posible. - A veces, el inodoro de su domicilio es un poco bajo. En el mercado existen adaptadores de unos 10 cm de alto, cuya función sería la de un cojín normal para una silla. 	
------------------	--	---

4. POSIBLES COMPLICACIONES

- **Infección:** La infección puede aparecer en la herida o cerca de la nueva articulación. Puede presentarse en el hospital, cuando el paciente vuelve a su casa ó años después. Para prevenir la infección se administran antibióticos a los pacientes durante la operación de cadera y después de la misma. Seguir los cuidados de la cicatriz dados por enfermería.
- **Trombo sanguíneo:** Los coágulos de sangre se forman por diversas causas, entre las que se incluye la disminución de la movilidad del paciente después de la cirugía. Se previene con las siguientes medidas: Medicación anticoagulante de la sangre; Medias de compresión elástica para favorecer la circulación de las piernas; Elevación de los miembros inferiores; Caminar frecuentemente (mejor paseos cortos y frecuentes que uno largo).
- **Infección pulmonar:** La neumonía constituye un riesgo en cualquier cirugía. Para mantener los pulmones permeables y una adecuada ventilación se pueden realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- **Luxación.** Desplazamiento de la prótesis.

Si presenta alguno de estos problemas comuníquelo:

- Palidez, color azulado o disminución de la temperatura en los dedos del pie de la cadera operada.
- Mal relleno capilar, en los dedos de la extremidad afectada. Para ello presione la uña de un dedo, ésta se pondrá blanca para cuando suelte volverá a ponerse de su color normal; si no ocurriera tendría un mal relleno capilar.
- Falta de sensibilidad en los dedos de la extremidad afectada.
- Pérdida de fuerza en la extremidad afectada.
- Ausencia o disminución del pulso en la extremidad afectada.
- Dolor muy intenso que no cede con analgésicos.
- Inflamación excesiva, zona enrojecida, endurecida y dolorosa en la extremidad afectada
- Rotación externa de la pierna (punta del pie se queda mirando hacia fuera). El paciente no puede caminar y se acompaña de un importante cuadro de dolor: posible luxación de la prótesis.
- Secreciones de la herida que manchan el vendaje y que dan mal olor.
- En caso de fiebre mayor a 38° acudir a urgencias, independientemente de cual se sospeche que sea la causa, para descartar que haya una infección.

IMPORTANTE: No existen normas universalmente aceptadas para los cuidados tras el reemplazo total de cadera, de manera que debe ceñirse a las indicaciones que da su médico, que es quien mejor conoce su caso.

5. BIBLIOGRAFIA

- ⤴ Vademecum de Kinesioterapia y de Reeduccion Funcional. Autor: Xhardez, Yves. Editorial: ATeneo 1993. Pag: 423-428.
- ⤴ La reeducacion física. Autor: Lapierre, André. Editorial: Madrid Dossat 2000. Tomo II. Pag:406-420.
- ⤴ Fisioterapia en ortopedia y traumatologia. Autor: Ehmer, Bernhard. Editorial: McGraw-Hill, Interamericana de España, 2005. Pag. 345-354.
- ⤴ <http://protesisdecadera.galeon.com/>. Fecha último acceso: 22/03/2011
- ⤴ http://www.stryker.es/st-index/st_pag_patients-home/st_pag_patients-hip/st_pag_patients-hip-after-your-operation.htm. Fecha último acceso: 22/03/2011
- ⤴ <http://geriatriatfusp.blogspot.com/2009/05/protesis-de-cadera.html>. Fecha último acceso:22/03/2011
- ⤴ <http://www.tutraumatologo.com/hip.html>. Fecha último acceso: 22/03/2011
- ⤴ <http://www.magazinekinesico.com.ar/articulo/038/protocolo-realizado-en-rehabilitacion-de-pacientes-con-artroplastia-total-de-cadera>. Fecha último acceso: 22/03/2011
- ⤴ http://www.clinicadecadera.com/protesis_cadera.htm#11. Fecha último acceso: 22/03/2011

TRÍPTICO PREVENCIÓN DE CAÍDAS

El riesgo de caídas del paciente aumenta considerablemente después de un ingreso hospitalario. Una caída puede resultar sin consecuencias, pero también se pueden llegar a presentar lesiones importantes.

Intentaremos evitar riesgos innecesarios siguiendo estas recomendaciones:

1. Comodidad y seguridad en el hogar

- Mantener el espacio ordenado, sin muebles o alfombras que supongan un riesgo de tropezar
- La luz de la casa debe ser adecuada. Mantener alguna luz encendida por la noche y tener los interruptores a mano.
- Evitar que el suelo esté mojado y el uso de abrillantadores.
- Utilizar en la ducha alfombras antideslizantes

2. Seguridad con la movilidad/estabilidad

- Se recomienda andar con zapatillas cerradas y con suela de goma
- Si la cama es mecánica, mantenerla en la posición más baja (así pueden acostarse y levantarse con mayor facilidad)
- Utilizar barandillas en la cama si es necesario.
- Acordarse de frenar la cama o la silla en caso de ayudar a movilizar al paciente
- Utilizar dispositivos de ayuda (bastón, andador...) en caso necesario y mantenerlos cerca del paciente.
- Antes de levantarse de la cama manténgase unos minutos sentado para evitar mareos
- Pasee diariamente según sus posibilidades para ganar en agilidad y evitar caídas
- En el caso que tome diuréticos, ayudar al paciente para acudir al baño y por la noche mejor que orine en bacinilla

3. La importancia de los sentidos

- Ponerse las gafas y tenerlas a mano en caso de usarlas.
- Llevar siempre las prótesis colocadas (audifonos...)
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente

4. Uso correcto de los medicamentos

- Utilice correctamente los medicamentos. En caso de dudas consultar al personal de la UHaD

ACTUACIÓN ANTE UNA CAÍDA

Atienda a las necesidades y/o lesiones que presente el enfermo. Si puede, ayude a reincorporarlo y avise al personal de la unidad de Hospitalización a Domicilio. Comunique el suceso a la unidad, aunque no exista lesión.

CUIDADOS DE LA PIEL Y CURAS

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Autores: Yolanda Cabrera Gutiérrez. Anna Torres Corts.

Unidad de Hospitalización a domicilio del Hospital Dos de Mayo de Barcelona

¿Qué es una úlcera por presión?

La úlcera por presión es una lesión que se produce por falta de irrigación sanguínea en determinadas zonas del cuerpo, donde el hueso presiona la piel contra una superficie exterior impidiendo la circulación sanguínea en la zona presionada, provocando así la muerte celular del tejido.

¿Qué factores favorecen la aparición de una úlcera?

Inmovilidad: Cuanto más tiempo se mantenga la presión, mayor será la lesión.

Malnutrición: hace que el tejido sometido a presión sea más fácilmente dañable.

Incontinencia: La humedad constante deteriora la piel.

Estado de la piel: Una piel seca tiene mayor riesgo de ulcerarse.

Las zonas más frecuentes de ulceración son las partes del cuerpo donde hay una protuberancia ósea: cadera, talones, zona sacra, omóplatos, codos... Y que reposan sobre una superficie como la cama o una silla durante un tiempo, se estima que una lesión se puede originar a partir de 2-4 horas de mantener la presión sobre un punto, impidiendo que le llegue la sangre a los tejidos.

¿Qué podemos hacer para prevenir las úlceras por presión?

- **Cambios posturales:** El equipo de hospitalización a domicilio le enseñará en su mismo domicilio como realizarlos y qué elementos de soporte necesita, como almohadones u otros dispositivos especiales, para llevar a cabo dichos cambios de postura tal como muestra en el **Esquema para la prevención de úlceras por presión**.
- **Cuidado de la piel:** Toda la piel en general debe de estar correctamente hidratada, desde la ingesta hídrica por boca o sonda que debe ser la adecuada, como la hidratación de la piel. El equipo de Hospitalización a domicilio le indicará que productos puede utilizar para este efecto y si precisa, además de la hidratación habitual para todo el cuerpo, un producto especial para activar la circulación en puntos de más riesgo, normas para pacientes incontinentes y el uso de superficies especiales.
- **Dieta rica en proteínas:** Una buena ingesta de proteínas disminuye el riesgo de aparición de una úlcera. Cuando está instaurada, ayudan a la regeneración de tejidos. El equipo de Hospitalización a domicilio le indicará la dieta más adecuada y la posibilidad de añadir suplementos nutritivos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guías de práctica clínica y material docente. Las úlceras por presión. ICS:
www.antaviana.com.
2. [http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/#Libros y Otras Monografías](http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/#Libros%20y%20Otras%20Monografias).
3. LARA, J. M. (1996) Enciclopedia práctica de Enfermería: Úlceras por presión. Editorial Planeta.

GENERALIDADES

- Examine la piel cada día, fijese en las zonas de apoyo. Si hay zonas rojas aplique aceites tipo: Linovera, Mepentol, Corpitol, etc.
- Higiene diaria para estar limpio y cómodo. Utilice agua tibia y jabón neutro. Seque bien.
- Utilice cremas hidratantes diariamente. No use colonias, ni alcohol, ni talco.
- No haga masajes sobre las prominencias óseas.
- Si hay incontinencia, cambie los pañales a menudo. Utilice cremas de protección.
- Como medidas de prevención utilice taloneras, apósitos de alivio de presión...
- Es necesario que coma a diario alimentos ricos en proteínas (carne, pescado, huevos, leche) y vitaminas (frutas y verduras naturales).
- Ingesta hídrica de un litro y medio al día.

PERSONA ENCAMADA

Cámbiela de posición cada tres o cuatro horas.

Utilice almohadas y cuñas de espuma por debajo de sus piernas para mantenerle los talones levantados.

Colóquele un cojín entre las dos piernas, cuando esté de lado.



Mantenga el cabezal de la cama lo más plano posible. Para comer, levante la cama y vuélvala a bajar al cabo de una hora. No levante el cabezal de la cama más de 45° de la posición horizontal.

No le apoye sobre la cadera cuando esté de lado.

Mantenga la cama seca y sin arrugas. Utilice preferentemente sábanas de tejidos naturales y suaves.

Levántelo al sillón o ayúdele a caminar en cuanto sea posible.

PERSONA SENTADA

- Cámbiela de posición cada 15 minutos, pero si no se puede mover ella sola, es necesario que lo haga el cuidador, como mínimo, cada hora.
- Coloque cojines en las zonas de apoyo.
- Ha de mantener la espalda lo más derecha y recta posible.
- Si no es posible mantener estas indicaciones, ponga de nuevo el paciente en la cama cada 4 horas.



PUNTOS DE PRESIÓN



CURAS SENCILLAS

AUTORES: M^a Carmen Mias¹; Toni Massoni¹; Ramon Ribalta¹ Hospitalización a domicilio del Hospital Universitario de Lleida

INTRODUCCION

Una cura sencilla es aquella que precisa una técnica simple y clara para evitar que la herida se infecte y, por tanto, que se convierta en cura compleja. También se observarán los posibles signos de complicación para poder corregir cuanto antes la situación. El cuidador puede asumir perfectamente la realización de una cura sencilla partiendo de la base que la va a desarrollar en un ambiente higiénico correcto y tomando las medidas de asepsia aconsejadas.

Este tipo de curas pueden ser:

- Heridas quirúrgicas no infectadas y suturadas.
- Heridas abiertas limpias tipo úlcera de grado II.
- Heridas abiertas en zona perianal que requieren lavado higiénico frecuente.
- Escaras/costricciones que requieren antiséptico tópico o lavado con suero fisiológico y protección con apósito simple.
- Tratamiento y prevención de úlceras por presión grado I-II.

MATERIAL NECESARIO

- Guantes de látex-vinilo-nitrilo.
- Agua y jabón neutro.
- Solución antiséptica para las manos..
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Antiséptico tópico.
- Apósito protector y tejido adhesivo para fijarlo.
- Esparadrapo hipoalérgico.
- Malla elástica tipo vendaje tubular.
- Apósito específico, por ejemplo, un hidrocoloide.
- Pinzas, si procede.

REALIZACION DE LA TECNICA

- Lavado de manos + solución antiséptica + guantes.
- Retirar apósito previo.
- Limpiar restos costrificado
- s de sangre y otros antisépticos con suavidad mediante agua y jabón, desde el centro de la lesión hacia los bordes, NO hacer zig-zag repetidamente por encima de la herida. (*fig. 1*)
- Secar la herida con gasa estéril.
- Aplicar el antiséptico con gasa estéril en el centro de la herida y luego, con otra gasa, en los bordes de la misma. (*fig. 2-3*)
- Aplicar apósito protector o tubular.
- Si se trata de una herida abierta no la secaremos en su interior y aplicaremos el apósito recomendado fijándolo por el centro y después por los bordes. (*fig. 4*)
- Si se realiza la cura con las manos debemos sujetar las gasas por las esquinas sin tocar directamente la zona central la cual será la que contacte con la herida.

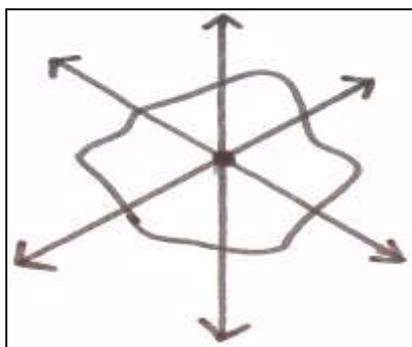


fig 1

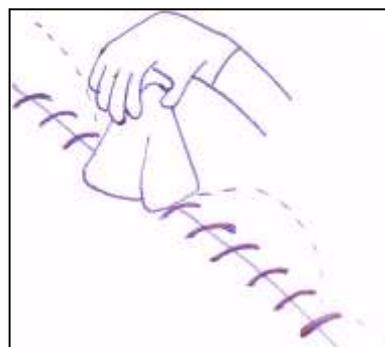


fig 2



fig 3

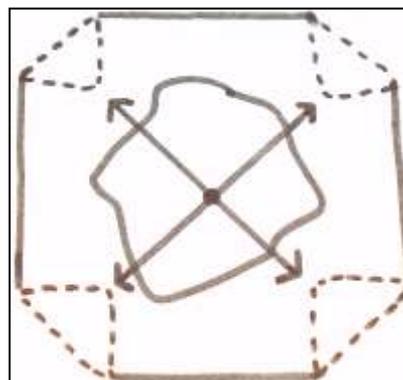


fig 4

- **POSIBLES COMPLICACIONES**

Deberá avisar al equipo de HaD cuando aparezcan los siguientes problemas:

- La herida rezuma sangre o líquido denso amarillo-verdoso que mancha considerablemente el apósito protector.
- La herida está claramente enrojecida y/o más endurecida que en días anteriores.
- Aparece fiebre.
- La herida duele más de lo habitual.
- La herida huele peor

BIBLIOGRAFIA

1.- LARA, J.M (1996) *ENCICLOPEDIA PRACTICA DE ENFERMERIA: CURAS*
Editorial Planeta. Pag 71-74. ISBN:84-320-8566-9

DRENAJES INTRAABDOMINALES

AUTORES: M^a.Carmen Mias Carballal¹, Noemí Ruano Martín¹., Toni Massoni¹.

¹Unidad de Hospitalización a domicilio del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

1.- INTRODUCCIÓN:

¿Qué es un drenaje?

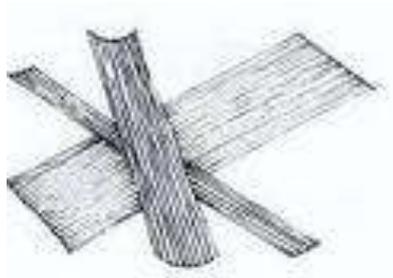
Un drenaje es un tubo que sirve para permitir salir al exterior líquidos orgánicos.

¿Qué es un drenaje intraabdominal?

Es un tubo que se deja dentro de la cavidad abdominal (**intraabdominales**) o en el interior de determinados órganos (**tutores, KEHRS**). Según donde se encuentren tendrán una función distinta

¿Cómo son los drenajes intraabdominales?

Los drenajes pueden tener forma de tubo, de distintos tamaños, y pueden ser rígidos o flexibles. Algunos se conectan a una botella, y otros a una bolsa. Hay algunos drenajes que tienen forma de cinta de plástico con muchos tubos (multitubo)



MULTITUBO



BLAKE

¿Cuales son los más comunes?

Depende del cirujano, y del tipo de cirugía que se haya practicado.

¿Qué más hemos de saber de estos drenajes?

Que los drenajes llamados intraabdominales se dejan dentro del abdomen después de algunas operaciones para **controlar la salida de sangre o pus**. Siempre se tiene que vigilar el aspecto del líquido y la cantidad.

Que los drenajes especiales que se dejan en el interior de algunas vísceras sirven **para sacar al exterior los líquidos orgánicos que se acumulan en su interior.**

Entre los drenajes intraabdominales especiales destacamos:

- **Drenaje de kehr:** se deja en el interior de la vía biliar principal hepática, generalmente en el colédoco tras una colecistectomía, y si se ha tenido que abrir la vía biliar principal en el quirófano. Saldrá líquido biliar que es de color amarillo.



KEHR

- **Tutores intrahepáticos:** se dejan en el interior de la vía biliar intrahepática. Ha de salir bilis que es un líquido de color amarillo
- **Tutores intrapancreáticos:** se dejan después de intervenciones de páncreas. Generalmente cuando los pacientes se van a casa están cerrados y por lo tanto no sale nada. Si estuvieran abiertos saldría un líquido de color blanquecino.



TUTORES

- **Drenajes percutáneos post PAAF** o punciones dirigidas por eco o TAC: son drenajes en forma de tubo que sirven para que salga al exterior el pus, cuando el paciente ha tenido un absceso intraabdominal y ha sido drenado por el radiólogo.



En todos estos casos la enfermera informará siempre a la familia detalladamente, para qué sirve el drenaje que lleva su familiar y qué es lo que se tiene que controlar

2.- MATERIAL PARA CURAR UN DRENAJE:

- Gasas
- Guantes
- Suero fisiológico
- Solución desinfectante
- Tijeras
- Recipiente o bolsa de drenaje



3.- REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA

Descripción de los pasos que se han de hacer:

- Información
- Medición del contenido
- Cura
- Cambio de la botella
- Aspecto del contenido

4.- POSIBLES COMPLICACIONES

Los problemas más importantes que pueden dar los drenajes subcutáneos son:

- Estirarse o salirse.
- Si llevan vacío: perder el vacío. El vacío es el mecanismo que tiene el drenaje para hacer presión negativa (explicando en cada tipo de drenaje cual es el mecanismo que indica la pérdida de este).
- Salir mucha cantidad de líquido.
- Cambiar el aspecto del líquido que sale, especialmente si su color es rojo.
- Si se conectan a una bolsa, que se llene la bolsa.

¿Cuándo han de avisar al equipo de HaD?

- Si el líquido que sale es sangre

- Si sale mucho más líquido que el día anterior.
- Si se ha salido el drenaje.
- Si la botella está llena.
- Si el paciente tiene dolor.

5.- OBSERVACIONES

Siempre que se controle un paciente con un drenaje intraabdominal se informará claramente a la familia y al paciente de los siguientes puntos:

- De qué tipo de drenaje se trata.
- Que es lo que ha de salir por el drenaje y que color ha de tener.
- Cual es la cantidad que se espera que salga.
- Que cuidados ha de tener con el drenaje para no tener problemas
- Cuando ha de avisar al equipo de HaD.
- Si ha perdido el vacío.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **ENFERMERIA de Quirófano : Drenajes** [Internet] [consultado el 12 de marzo del 2011] Disponible en. <http://enfermeradequirofno.iespana.es/drenajes.htm?4&weborama=22>
- 2.- Elergonomista. **Drenajes** [Internet] [consultado el 11 de marzo del 2011] Disponible en: <http://www.elergonomista.com/enfermeria/drena.htm>
- 3.- LARA, J.M **ENCICLOPEDIA PRACTICA DE ENFERMERIA: Drenajes** Editorial Planeta. 1996 Pag 75-77. ISBN:84-320-8566-9
- 4.- SABISTON, D.C **Tratado de patología quirúrgica.** (13 ed.). Editorial Interamericana McGraw-Hill. . 1988
- 5.- DURÁN SACRISTÁN, H. **Cirugía: Tratado de patología y clínica quirúrgicas** (2 ed.). Editorial Interamericana. McGraw-Hill. 1992

DRENAJES SUBCUTANEOS

<u>GENERALIDADES</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>	<u>RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE O CUIDADOR</u>
<p>1.- Un drenaje es un tubo que permitesacar al exterior líquidos orgánicos</p> <p>1.- Los drenaje subcutáneo se colocan debajo de la piel para poder sacar el contenido de la herida al exterior, generalmente pus, sangre.</p> <p>2.- Se pueden usar en heridas limpias como medida de control, o en heridas sucias para hacer el tratamiento</p> <p>3.- Pueden ser abiertos o cerrados</p> <p>4.- Los drenajes cerrados se conectan a una botella que permite hacer el vacío, es decir hacer una presión mayor que la que existe dentro de la herida.</p>	<p>1- los drenajes abiertos más habituales son los PENROSES, que se caracterizan por ser planos</p>  <p>2.- los drenajes cerrados más comunes se llaman REDONES, o BLAKES, que se caracterizan por ser tubulares y estar conectados a una botella, donde se recoge el líquido de la herida</p>   <p style="text-align: center;">Redon blake</p> <p>3.- La cura del drenaje siempre la hará la enfermera, ya que es una cura compleja y se ha de hacer en condiciones de asepsia</p> 	<p>1:- Es conveniente saber que tipo de drenaje lleva el paciente, se lo habrá explicado la enfermera al hacer la cura</p> <p>2.- Si el paciente lleva un drenaje cerrado, estará tapado por la cura de la herida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si observa que el apósito está excesivamente manchado, o sale sangre avise al equipo de HaD <p>3.- Si el paciente lleva un drenaje cerrado, observará que de la herida sale un tubo conectado a una botella donde se acumula líquido</p> <ul style="list-style-type: none"> • En este caso tendrá que controlar que el color de la botella no cambie , y que la cantidad sea menor que la del día anterior. Si alguno de estos detalles se ha modificado avise al equipo de HaD • Si se desconecta el tubo de la botella o deja de funcionar avise al equipo de HaD

CURA CON TERAPIA DE PRESION NEGATIVA

AUTORES: M^a Carmen Mias Carballal¹, Noemí Ruano Martín¹, Rosa Castarlenas¹.

¹Unidad de Hospitalización a domicilio del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

1.- Introducción:

La Terapia de Presión Negativa o Vacuum Assisted Closure (V.A.C.[®]) es un nuevo tipo de tratamiento que se puede emplear para ayudar a la cicatrización de heridas agudas y crónicas.

La terapia de presión negativa disminuye el número de las curas, siendo la evolución de la herida más rápida que con las técnicas habituales, mejora la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador y reduce costes.

Se trata de un tratamiento que debería iniciarse en el hospital para ver si existen problemas y luego seguir en el domicilio.

2.- Material:

- Bomba de succión.
- Contenedor para la bomba de succión (300ml)
- Apósito de espuma
- Lámina selladora o film transparente
- Disco autoadhesivo de succión ((SensaT.R.A.C.[®])
- Producto barrera tópico.
- Gasas
- Suero fisiológico
- Campo estéril
- Guantes estériles
- Pinzas y tijeras estériles
- Bisturí



3.- Realización de la técnica:

En un principio SIEMPRE LA REALIZARÁ LA ENFERMERA, ya que es una técnica compleja, pero es importante que el cuidador y el paciente entiendan los pasos del tratamiento, para poder estar alerta y colaborar en aquellos detalles en que pueden hacerlo, o por si se producen incidencias

- Explicar la técnica de colocación del VAC y el porqué del tratamiento que se le va a realizar al paciente.
- Colocar al paciente de forma cómoda y relajada
- Limpiar el lecho de la herida con suero fisiológico de forma aséptica.
- Preparar el campo estéril
- Recortar la espuma dándole la forma de la herida.
- Aplicar un producto barrera sobre la piel peri-lesional para evitar maceraciones
- Poner la espuma sobre el lecho de la herida
- Aplicar la lámina selladora encima de la espuma dejando que sobresalga unos 6 cm.
- Comprobar que esté bien sellada a la piel.
- Hacer un pequeño orificio a la lámina o film para que se pueda hacer el vacío.
- Encima del orificio colocar el disco autoadhesivo y conectarlo al depósito.
- Enchufar la máquina y seleccionar una presión entre 50mmHg y 150mmHg, según la tolerancia del paciente.

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADOR:

- **Control de la máquina:** vigilar que funciona correctamente, vigilar que no se pare y que hace ruido.
- **Control del colector:** vigilar que no se llene excesivamente y que no pite la máquina.

Si la máquina pita, se para o el colector está lleno avisar al equipo de HaD

4.- Posibles complicaciones:

a) Detectadas por la enfermera al realizar la cura:

- Intolerancia de la piel del paciente a los cambios frecuentes de apósito:
- Intolerancia de la piel a la lámina selladora.
Variar la zona de contacto de la lámina selladora con la piel
- Riesgo de aparición de úlceras por decúbito, en el entorno de la lesión.
Variar la dirección del tubo de drenaje en cada cambio de apósito.

b) Detectadas por el cuidador:

- Aparición de **olor intenso:**
Puede producirse por infección de la herida o por interacción de las esponjas con los fluidos
- Aparición de **dolor.**
- Aparición de **sangre en el contenedor-**

Siempre que el familiar detecte una de estas complicaciones después de haberse realizado la cura debe ponerse en contacto con el equipo de HaD

5.- Recomendaciones

- La bomba debe estar conectada al menos durante 22 h al día, limitando en lo posible las desconexiones.

SE HA DE PARAR LA MÁQUINA Y AVISAR AL EQUIPO DE HaD SIEMPRE QUE:

- La máquina se pare, no haga ruido o pite
- El contenedor esté lleno o el color del contenido sea rojo
- El paciente tenga dolor o la presencia de olor intenso

BIBLIOGRAFIA:

LOZANO CARRERO, C; HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, M.E. *Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a terapia de presión negativa*. [Internet] Hospital General Universitario Gregorio Marañón. [consulta el 14 de marzo del 2011] Disponible en: <http://www.aeev.net/documentos/vac.pdf>

KCI. Cómo funciona VAC® Therapy [Internet][consultado el 10 de marzo del 2011] Disponible en:

www.kcimedical.com/kci/spain/terapiaskci/vactherapy/comofuncionavactherapy/comofuncionavactherapy.htm

KCI. Manual del usuario [Internet] [consultado el 17 de marzo del 2012] Disponible en:

http://www.kci1.com/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheadname1=Content-type&blobheadname2=Content-disposition&blobheadname3=MDT-Type&blobheadvalue1=application%2Fpdf&blobheadvalue2=inline%3B+filename%3D426%252F613%252F350160-10b_UM_VAC%2BUlta_ES.pdf&blobheadvalue3=abinary%3B+charset%3DUTF-8&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1226657293641&ssbinary=true

FLORES MONTES, I. *Intervenciones de enfermería en el manejo avanzado de heridas a través de terapia asistida por vacío* [Internet] 2008 [consulta el 1 de marzo del 2011] disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en081e.pdf>

CUIDADOS AL ENFERMO TERMINAL

CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONIA

Autores: Isabel Vila Iglesias (Hospital Lucus Augusti. Lugo). Rebeca Salt Garrigues (Consortio Hospital Provincial de Castellón). Susana Verdoy Cuevas (Hospital Verge de la Cinta, Tortosa).

1.-INTRODUCCIÓN

Acompañar y cuidar a un ser querido en los últimos días, supone un gran impacto emocional, y una situación de gran estrés; son muchas las dudas y miedos que surgen en estos momentos: ¿Cómo será su muerte? , ¿Como sé que lo que va a ocurrir?, ¿Cómo saber si esto que le sucede es lo esperado?, ¿Cómo actuar? ¿Qué hacer cuando muera? ¿Cómo puedo ayudarle?.

La agonía es el estado que precede a la muerte (últimos días, horas) es una fase donde la vida se extingue gradualmente, su evolución es progresiva, los cambios se suceden y en algunos casos pueden ocurrir situaciones de crisis.

Con esta guía pretendemos informarle y ayudarle a seguir con los CUIDADOS que precisa su ser querido, el objetivo en estos momentos es el “MAXIMO CONFORT” controlando los síntomas, ayudarles en la despedida, seguir acompañando y expresando el cariño hasta su fallecimiento logrando una Muerte en PAZ.

2.-¿COMO LA VOY A RECONOCER?

Usted podrá observar de forma gradual y progresiva un gran deterioro en el estado del paciente que le indicará la proximidad de la muerte.

Los cambios más frecuentes serán:

- Debilidad extrema (pérdida fuerza).
- Postración.
- Disminución del nivel conciencia (no responde a nada).
- Desorientación, confusión, delirio o a veces agitación.
- Dificultad para ingerir alimentos y medicación.
- Alteración de la respiración, puede aparecer respiración estertorosa (provocado por la acumulación secreciones que no pueden expulsar).
- Cambios en el color y aspecto de la piel, pueden aparecer manchas violáceas (livideces) sobre todo en las piernas y brazos.
- Fiebre, aparece en muchos procesos.

Hay otros síntomas que no son específicos de la agonía, pero que o bien porque el enfermo los tenía previamente o que pueden aparecer en este momento: dolor, vómitos, estreñimiento, diarreas, hemorragias.

3.-MANEJO DE SÍNTOMAS



Para manejar estos síntomas le colocaremos una palomita subcutánea.

3.-DOLOR

Suspenderemos todos aquellos medicamentos que no sean estrictamente necesarios, si no es capaz de tragar le colocaremos una palomilla subcutánea y le explicaremos el manejo, es muy sencillo; le dejaremos escrito la medicación, dosis, frecuencia y los rescates (dosis no pautadas que puede administrarle a mayores) que debe poner.

Si no cede el dolor, avise a los teléfonos indicados.



3.1-DISNEA (dificultad respiratoria) y ESTERTORES (ruidos respiratorios)

La dificultad respiratoria (disnea) es muy angustiada para el enfermo, existe medicación y rescates para controlarla, póngaselos siempre que sea necesario, no deje solo al enfermo hasta que ceda la crisis, intente mantener la calma.

Pueden aparecer estertores, son el ruido que produce el aire al pasar a través de las secreciones que se acumulan en la garganta aunque son muy angustiosas para las personas que están cerca, no molestan al enfermo, le dejaremos indicada medicación para administrar por vía subcutánea que ayuda en el control.

Otras medidas que pueden ayudar son: elevar la cabecera de la cama, levantar y acomodar al paciente con almohadas o colocarlo de costado puede ayudar a disminuir el ruido.

No es necesario aspirar las secreciones, salvo que se acumulen en la boca (en ese caso se pueden retirar con una gasa).

3.3. DELIRIO/AGITACIÓN

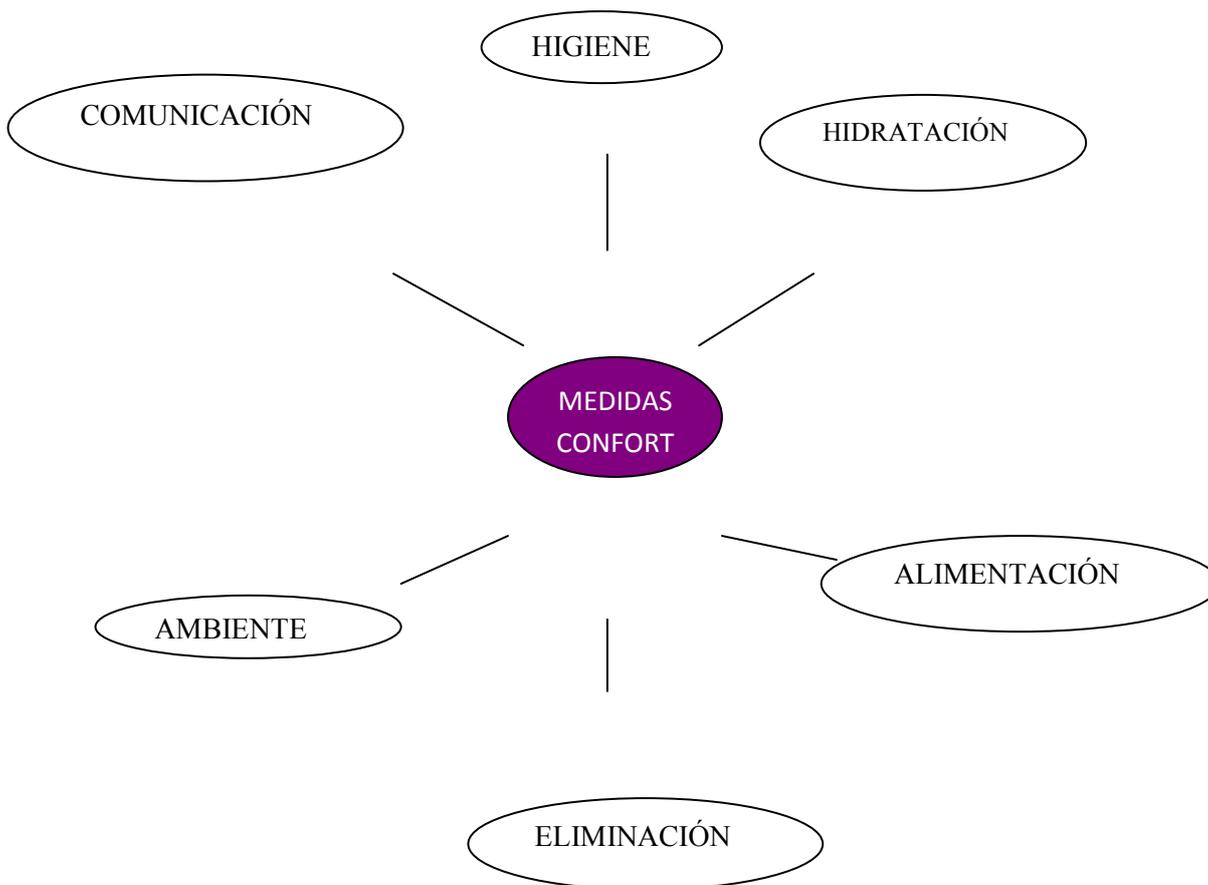
Es muy frecuente en los últimos días, hay varios factores que contribuyen a ello.

Si está confuso hablele en tono tranquilo, con frases cortas, que exijan respuestas breves.

Si está agitado mantenga la calma, no intente “razonar” con él ni orientarle, no utilice sujeciones que le impidan moverse, le dejaremos medicación adecuada si fuese necesario, e instrucciones.

En algunos casos de difíciles puede ser necesario sedación para controlarlo.

4.-MEDIDAS DE CONFORT



4.1-HIGIENE

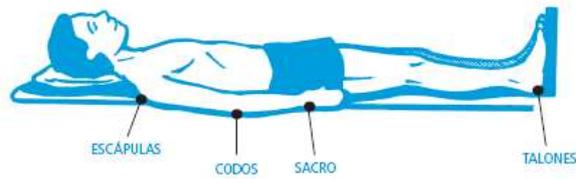
Aseo diario con suavidad, puede utilizar toallitas o una esponja.

Evitar movilizaciones innecesarias.

Colocarlo en la posición que le vea más cómodo.

Aplique aceites o cremas hidratante en zonas apoyo, si no molesta o causa dolor, la prevención de las úlceras no tiene ahora prioridad, si aparecen no significa falta de cuidados , a veces son inevitables por la

situación, si ya tuviese alguna el cuidado se limitará a la limpieza y cambio de apósitos (utilizaremos aquellos apósitos que ayuden al control del dolor y olor).



4.2-HIDRATACIÓN

Dejar de beber, es una consecuencia de lo avanzada que está la enfermedad.

Los sueros no aportan ningún beneficio en estos momentos.

Hidratar los labios continuamente y limpiar la boca con una gasa mojada en agua o manzanilla, produce gran alivio.

No darle de beber si no está consciente, podría atragantarse.

4.3-ALIMENTACIÓN

En esta fase, aparecerá dificultad o pérdida de capacidad para comer.

NO insista con la comida si el enfermo no quiere.

Respetar deseo de comer lo que quiera y cuando quiera.

4.4-ELIMINACIÓN

En esta fase puede ser que haya estreñimiento, no molesta al enfermo, no pondremos enemas ni supositorios.

También puede haber incontinencia urinaria y/o fecal, por lo que será preciso utilizar pañales.

Solo le colocaremos una sonda para la orina, si el ir al baño, o colocar la cuña en cama le produce mucha molestia, o si tiene una retención de orina, es normal que cada vez vaya orinando menos o incluso las últimas horas no orine.

4.5-AMBIENTE

Intente mantener un ambiente tranquilo, mantenga la habitación ordenada y ventilada, olor agradable, que entre la luz durante el día.

Es aconsejable que no se hable en susurros, permitir que el enfermo reconozca los pasos o la voz de sus seres queridos, sus nietos, sus hijos.

Debemos permitir a los niños (si ellos quieren) estar en la habitación, tratar de que este sea un momento importante para el recuerdo, tratar de que sea lo más “normal” posible, que lo último que vea, sienta, huelga, oiga sea aquellas cosas que le son queridas y de las que disfrutaba.

4.6-COMUNICACIÓN

No debemos olvidar que aunque su familiar, este adormilado, no responda a nada, sigue ahí, lo último que se pierde es el oído y el tacto. Siga hablándole y dándole muestras de afecto: cogerle la mano, acariciarle o aquellas muestras de cariño que eran de su agrado.

No le dejen solo.

Si está despierto, permítale que se diga lo que desea, se despidan, que le hable de lo que siente (angustias, miedos, consejos, cosas pendientes..), recordar momentos del pasado, aunque le resulte difícil, su ser querido también necesita “permiso” para irse tranquilamente.

5.-¿QUE HACER CUANDO FALLECE?

No tenga prisa, tómense el tiempo que necesiten, **YA NO HAY PRISA**

Contacten con los teléfonos que les indicamos.

Para evitar situaciones de angustia es conveniente que tenga anotados los teléfonos que necesitará: familia, funeraria.

Tenga preparado el DNI de su familiar.

Debéis estar orgullosos, pues con vuestro trabajo habéis conseguido que se encontrase en sus últimos días rodeado del cariño y los cuidados que necesitaba para tener una muerte digna, serena y tranquila donde quería, como todos deseábamos para nosotros mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Guía de cuidados paliativos: Los últimos días: atención a la agonía. SECPAL. Disponible en

<http://www.secpal.com/guiacp/> Consultado 6/3/11.

2.- Cuidados paliativos domiciliarios, atención integral al paciente y familia. Junta de Andalucía 2010. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/procesos.asp?am=1>. Consultado el 3/3/11.

- 3.- Plan de cuidados de enfermería en la agonía. Enfermeros UHD Hospital Marina Baixa Villajoyosa. Disponible en : <http://www.svhad.com/1erencuentroCP.html>. Consultado el 6/3/11
- 4.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08
- 5.- Astudillo W; Mendinueta C; Astudillo E. Cuidados del enfermo al final de su vida y atención a su familia. 2008. Ed. Eunsa. Pamplona.
- 6.- Sanz, J.: Reflexiones sobre la muerte y el proceso de morir. Medicina Paliativa, 1999; 2:3: 14-15.
- 7.- Gómez – Busto, F.: “ La familia ante las demencias y otras enfermedades”. En: La familia en la terminalidad. Editado por W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta e Iñigo Vega. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián, 199, 165-187.
- 8.- Gómez, M.: Cuidados postmortem. En: Avances en cuidados paliativos, Tomo III. Edit. Gafos, 2003, 31-343
- 9.- Sanz, B.: Cuidados de enfermería en la agonía. En: Avances en cuidados paliativos, tomo III. Edit. Gafos, 2003, 307-313
- 10.- Barreto, P.; Pérez Marín, M^aA.; Molero, M.: “ Preocupaciones y necesidades de la familia en fase terminal”. En: E. López Imedio, Enfermería en Cuidados Paliativos, Edit. Panamericana, Madrid, 1998
- 10.- Benito, E.: <http://www.lamuerteyelmorir.org/noticia.asp?idnoticia=26>
- 11.- Chacon, M.; Grau J.A.: “ La familia como parte del equipo de cuidados al paciente en el final de su vida”, Tomo III. Edit. Gafos, 2003, 125-147
- 12.- Chacón, M; Grau J.A.: “ La familia como dadora de cuidados. En: Gómez, M. Cuidados paliativos: Atención integral a enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canarias: ICEPSS, 1998: 975-86
- 13.- Bimbela JL. “Cuidando al cuidador: Counselling para sanitarios”. Granada: Escuela Andaluza de salud Pública, 1994.

CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO: ALTA PRECOZ

M. Yolanda Ramón Telo. Enfermera de la Unidad de Hospitalización en Domicilio Pediátrica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Hospital Materno-Infantil. Málaga.

Victoria Begoña Tundidor Moreno. Enfermera Gestora de Casos. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Hospital Materno-Infantil. Málaga.

Ana M. Corripio Mancera. Enfermera de la Unidad de Hospitalización en Domicilio Pediátrica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Hospital Materno-Infantil. Málaga.

Aurora Madrid Rodríguez. Pediatra de la Unidad de Hospitalización en Domicilio Pediátrica. Hospital Regional Carlos Haya. Hospital Materno-Infantil

Mercedes Rivera Cuello. Pediatra de la Unidad de Hospitalización en Domicilio Pediátrica. Hospital Regional Carlos Haya. Hospital Materno-Infantil.

M. Purificación García Alonso Enfermera Gestora de Casos. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Hospital Materno-Infantil. Málaga

INTRODUCCIÓN

Cuando un recién nacido de bajo peso recibe el alta hospitalaria pasa de una unidad de Neonatología, en la cual la atención más importante la recibe del personal sanitario preparado específicamente para este grupo de niños, al domicilio familiar bajo la atención de sus padres.

Es necesario que antes del alta se de una información adecuada, que responda a las preguntas que formulen los padres, pero también a aquellas, que nuestra experiencia nos dice, que han sido habituales en otros padres de niños pretérmino. Esa información debe ser tanto oral como escrita, no debe ceñirse a un solo momento sino a lo largo de los días previos al alta y, a ser posible, mantenerse unos días después, aunque se vía telefónica.

Recién nacido prematuro es aquel cuya edad gestacional es menor de 37 semanas. Se clasifican en:

- Prematuridad Leve (34 -36 semanas)
- Prematuridad moderada (30 -33 semanas)
- Prematuridad extrema (26 - 29 semanas)
- Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas)

El lactante prematuro es pequeño, con un peso generalmente inferior a 2,5 Kg., y tiende a tener una piel fina, brillante y rosada, a través de la cual se ven bien las venas subyacentes. La cantidad de grasa subcutánea, pelo y cartílago auditivo externo suelen ser escasas. Su actividad espontánea y su tono son menores y las extremidades no mantienen su posición flexionada. En los varones, el escroto puede tener pocas arrugas y es posible que los testículos no hayan descendido. En las niñas, los labios mayores no cubren todavía los menores.

El alta precoz del servicio de neonatos se produce cuando el prematuro se encuentra hemodinámicamente estable y con buena ganancia de peso alcanzando más o menos 1750-1800 g.

En este momento ingresa en la unidad de Hospitalización a Domicilio pediátrica (HADO-P) que después de una primera visita en domicilio supervisará la ganancia de peso a través de vía telefónica acudiendo a domicilio cuando sea preciso. Una vez alcanzado los 2200g será dado de alta de la unidad pasando a control y seguimiento por su enfermera y pediatra de Centro de Salud.

1.- CUIDADOS GENERALES:

Manejar siempre al bebé con las manos limpias. Las manos deben estar siempre limpias al tocar al niño, ya que son el mayor vehículo de infecciones.

Restringir visitas de familiares y amigos. Mantener al niño alejado de personas enfermas. Si alguien de la familia está cursando un proceso catarral, debe ponerse mascarilla y lavarse bien las manos.

Mantener la habitación bien ventilada, entre 22 y 25 ° C de temperatura. Si existe calefacción, poner un recipiente de agua para que el ambiente esté húmedo. El ambiente seco provoca con frecuencia obstrucción nasal y dificulta la respiración.

Vestir al niño sin que la ropa le oprima. Usar tejidos naturales, evitando que sude. No lavar la ropa con lejía, ni suavizantes; se recomienda detergentes neutros.

Vigilar la temperatura del niño durante los dos o tres primeros días de estancia en el domicilio. La temperatura normal oscila entre 36 y 37 °C (en la axila). Esta temperatura servirá de orientación sobre la cantidad de ropa con la que ha de vestirse al niño. Evitar arroparlo en exceso.

Procurar estímulos psicológicos: acariciarlo, hablarle en tono suave....

Postura: salvo que se indique lo contrario, el bebé debe dormir boca arriba. Cuando esté despierto y vigilado se aconseja alternar periodos de lado y boca abajo.

Deberá dormir en la misma habitación de los padres, como mínimo hasta los 6 meses. Disminuir el ruido y la luz ambiental por las noches manteniendo unas condiciones óptimas para el descanso.

No fumar nunca en presencia del bebé .

Cuando acuda al Pediatra, llevar el informe clínico.

2.-CUIDADOS ESPECÍFICOS.

Cuidados del ombligo: Se desprende generalmente entre el 5º y 10º día. Mantenerlo siempre seco y limpio. Limpiar la base con una gasa estéril empapada en clorhexidina al 2% y cubrirlo luego con una gasa seca, cambiarla tantas veces sea necesario para mantenerlo seco. Una vez que la pinza se ha caído limpiar con agua y jabón. No utilizar faja ni ombliguero.

Peso diario: Pesar al bebé siempre con la misma báscula, a la misma hora, desnudo y antes de la toma de alimento. Se considera una ganancia de peso aceptable entre 10-20 g. /día, no alarmándonos si un día no gana peso. En caso de no tener báscula en casa se pesará una vez a la semana ganando por encima de 100 y 200 gr. a la semana.

Toma de temperatura: Vigilar la temperatura del niño 2 veces al día durante los primeros días de estancia en el domicilio. La temperatura servirá de orientación sobre la cantidad de ropa con la que ha de vestirse al niño. La temperatura normal oscila entre 36 y 37 °C en la axila; si es inferior a 36 °C lo más probable es que el bebé tenga frío en cuyo caso habrá que abrigarle más y comprobarla de nuevo. Si la temperatura es superior a 37 °C e inferior a 38 °C probablemente lo que tenga el bebé es calor, en este caso le retiraremos ropa hasta que descienda a 37 °C, si no desciende o si se comprueba $t^{\text{a}} > \text{ó} = 38 \text{ °C}$ acudir al servicio de urgencia.

El baño y aseo: Diario con jabón neutro y con una esponja sólo para éste fin. La temperatura del agua será de 37°C aproximadamente, medida con termómetro. Cambiar los pañales húmedos o sucios lo antes posible limpiando y secado bien la zona genital evitando así irritaciones de la piel. Debe mojar entre 6 o 7 pañales de orina al día. Se puede aplicar crema hidratante y protectora. El lavado de la zona genital se hará de adelante hacia atrás sin volver de nuevo hacia delante con la misma esponja o toallita para evitar que entren residuos de heces.

El abrigo: los prematuros tienen mayor dificultad para mantener la temperatura por lo que es necesario abrigarlos pero no en exceso evitando que la ropa lo comprima. Es conveniente colocarles un gorrito en la cabeza puesto que esta zona del cuerpo es por la que más calor pierden. La ropa del bebé debe de ser de fibras naturales, fundamentalmente de algodón. Cambiarlo de ropa cada vez que esté manchada o sucia. No lavar la ropa con lejía, ni suavizantes; se recomiendan detergentes neutros.

La cuna: Debe ser homologada. El colchón lo suficientemente duro para que no se hunda y con una inclinación de aproximadamente 30°. Para evitar el deslizamiento del bebé se puede colocar un rulo a los pies. No utilizar almohada, peluches y juguetes dentro de la cuna. Las sábanas, mantitas o edredones deben pesar lo menos posible. Salvo que se indique lo contrario el bebé debe dormir de lado o boca arriba. Cuando esté despierto y con vigilancia constante se aconseja alternar periodos boca abajo.

3.-ALIMENTACIÓN

Colocar el niño en brazos del que lo alimente, de manera que ambos se encuentren confortablemente.

El horario debe ser flexible, adaptándose a la demanda del niño. El periodo de las tres horas entre tomas es sólo orientativo; aunque no debe ser superior salvo para el descanso nocturno si la ganancia ponderal lo permite y el bebé no lo solicite.

Dejar descansar al niño por lo menos una vez durante la toma, ayudándole a expulsar los gases.

Mantenerlo sentado o incorporado unos minutos después de la misma, aprovechando este tiempo para jugar con él suavemente.

Los recién nacidos estornudan con frecuencia, y pueden presentar hipo cada vez que toman, vomitan a veces y regurgitan pequeñas cantidades de leche.

Las deposiciones suelen ser semi-liquidadas y con frecuencia variable, pueden pasar varios días sin evacuar, siendo perfectamente normal. Se le puede estimular la evacuación realizando masajes en abdomen en sentido a las agujas del reloj, también flexionando las piernas contra el abdomen.

LACTANCIA MATERNA:

Es la mejor para el niño y a madre. Tiene muchas ventajas para el niño proporcionándole una mejor defensa ante las infecciones, menos problemas digestivos. Para las madres supone mayor comodidad, economía, recuperación más rápida del útero.

Es necesario lavarse las manos y los pezones antes de dar de mamar. Al terminar la lactancia, aplicar la propia leche sobre el pezón para evitar la aparición de grietas. En caso de que éstas aparezcan, extremar la limpieza y aplicar pomadas (según prescripción facultativa), retirándolas previo al inicio de la lactancia.

Se prestara especial atención al cansancio en la succión, si la madre nota que el bebé se cansa acortara el tiempo de succión (de 7 a 10 minutos) empezando por el último que se dio en la toma anterior.

Si precisa suplemento de biberón, ofrecer éste después del pecho.

Conservación de la leche: La leche recién extraída puede mantenerse a temperatura ambiente (máximo 25° C) hasta 6 horas, pero si se va a almacenar hay que procurar refrigerarla inmediatamente. Si se refrigera entre 0 y 5° C (frigorífico) puede utilizarse durante 48 horas. Congelada a -18° C puede almacenarse hasta 6 meses, descongelándola lentamente en frigorífico o a temperatura ambiente. Debe almacenarse protegida de la luz en recipientes limpios. Calienta la leche bajo agua tibia corriente o sumergiéndola en un recipiente con agua tibia. No utilizar el microondas.

LACTANCIA ARTIFICIAL:

Tomará la fórmula y la cantidad indicada por el pediatra.

Lavarse bien las manos antes de comenzar. El biberón y la tetina se limpian bien con agua caliente y jabón; no es necesario esterilizarlos. Si se quiere esterilizarlos de vez en cuando hay dos formas de hacerlo:

- En caliente: hervir en agua durante 10-15 minutos el biberón y durante 5 minutos la tetina.
- En frío: sumergir el biberón y la tetina en un recipiente con agua y una sustancia química para esterilizar biberones que puede adquirirse en farmacias.

Se calienta agua hasta que está templada y se añade al biberón hasta alcanzar la cantidad deseada.

¡Cuidado si utiliza un microondas! Puede calentarse mucho el agua y quemar al bebé.

Una vez que el biberón tiene la cantidad deseada de agua, se añade un cacito de polvo raso por cada 30 cc (mililitros) de agua. Verter primero siempre el agua. Serán cazos rasos, sin monte y sin presionar o comprimir el polvo. Se agita el contenido del biberón hasta que la leche en polvo esté homogéneamente disuelta.

Se comprueba siempre la temperatura de la fórmula dejando caer unas gotas sobre el dorso de la mano. Si la temperatura no resulta agradable, se debe dejar enfriar hasta que así sea.

A continuación, ofrecemos el biberón al bebé, teniendo la precaución de que la tetina esté siempre llena de leche y no contenga aire. La tetina debe ser adecuada y caer la leche a ritmo adecuado.

Se puede utilizar el agua corriente sin hervir para preparar los biberones. Si se quiere, puede hervirse el agua, no más de 5-10 minutos y dejar que se enfríe, o utilizar agua mineral de baja mineralización.

4.-VACUNACIONES:

Es imprescindible continuar el calendario vacunal oficial. La vacunación se realizará según corresponda a su edad cronológica, es decir, desde la fecha que nació, salvo modificaciones indicadas por su pediatra.

Vacunación con Palivizumab se pondrá si ha sido indicada en la Unidad de Neonatología.

Vacunación antigripal cuando tenga más de 6 meses en época estacional de gripe.

Al alta de HADO se procederá a la administración de la 1ª dosis de vacuna de hepatitis B por el Servicio de Medicina Preventiva si el recién nacido no ha sido vacunado en la Unidad de Neonatología.

5.-DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOTIROIDISMO Y FENILCETONURIA:

La ampliación del cribado neonatal, o prueba del talón, mediante espectrometría de masas en tándem ha permitido pasar de las dos enfermedades cribadas tradicionalmente, hipotiroidismo y fenilcetonuria, a 29 enfermedades. Desde mayo de 2011 son 30, con la incorporación de la fibrosis quística.

Se realizará entre el tercer y 5º día de vida.

Si su hijo es prematuro (<36 semanas de gestación), o pesó al nacer < 2500 gramos, o la madre presenta patología tiroidea o es gemelar, se deberá repetir la prueba a los 14 días de vida.

Estas pruebas se realizarán en su centro de salud, o por el personal de hospitalización a domicilio.

6.-COMPLICACIONES

En cualquiera de las siguientes situaciones debe ponerse en contacto con la unidad de HADO-P o/y acudir a un servicio de urgencias:

- Sangrado y/o secreción fétida del ombligo y/o piel alrededor enrojecida.
- Hipotermia. Hipertermia.
- Flacidez y llanto débil. Llanto constante. Quejido constante.
- Dificultad para comer.
- Apnea (no respira) .
- Asistolia (no pulso), bradicardia (menos de 60 pulsaciones por minuto), taquicardia (más de 160 pulsaciones por minuto).
- Llanto constante.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Estreñimiento con distensión abdominal.
- Menos de 3 pañales empapados de orina al día.
- Cólicos.
- Dificultad respiratoria.
- Cambios en el color de la piel como palidez, cianosis (color azulado), ictericia (color amarillo).

Se podrían citar más signos de alarma, pero como en todo, debe usarse el sentido común y recordar que es mejor consultar cuando se tenga una duda prevaleciendo el interés del niño.

CUIDADOS EN RECIEN NACIDO DE BAJO PESO

GENERALES	HIGIENE / ASEO	ALIMENTACIÓN	VACUNACIONES	PRUEBA DEL TALÓN	ALERTAS
Manejar siempre al bebé con las manos limpias	Baño a diario con jabón neutro y con una esponja solo para este fin. La temperatura del agua será de 37°	Colocar el niño en brazos de la persona que lo alimente	La vacunación se realizará según corresponda a su edad cronológica, es decir, desde la fecha que nació, salvo modificaciones indicadas por su pediatra.	El cribado neonatal, o prueba del talón. Se realizará entre el tercer y 5° día de vida.	Sangrado y/o secreción fétida del ombligo y/o piel alrededor enrojecida
Restringir visitas de familiares y amigos	Cambiar los pañales húmedos o sucios lo antes posible.	Deje descansar al niño por lo menos una vez durante la toma		Si su hijo es prematuro <36 S, la madre presenta patología tiroidea o es gemelar, se deberá repetir la prueba a los 14 días de vida	Hipotermia. Hipertermia.
Mantener la habitación bien ventilada, entre 22 y 25 ° C de temperatura..	Cuidados del ombligo: mantenerlo seco y limpio. No utilizar faja ni ombligero	El periodo de las tres horas entre tomas es sólo orientativo; aunque no debe ser superior salvo para el descanso nocturno si la ganancia ponderal lo permite y el bebé no lo solicite.			Flacidez y llanto débil. Llanto constante. Quejido constante.
Vestir al niño sin que la ropa le oprima Usar tejidos naturales,	Genitales(lavar de delante hacia atrás a las niñas)	Mantenerlo sentado o incorporado unos minutos después de la toma			Dificultad para comer, Vómitos
Vigilar la temperatura del niño los dos o tres primeros días de estancia en el domicilio		El mejor control para saber si el niño esta bien alimentado, es vigilar la curva de peso			Apnea (no respira),
Salvo que se indique lo contrario, el bebé debe dormir boca arriba		LACTANCIA MATERNA: Es la mejor para el niño y para la madre			Asistolia (no pulso),
Procurar estímulos psicológicos: acariciarlo, hablarle en tono suave		LACTANCIA ARTIFICIAL.- (biberones)Tomará la cantidad indicada por el Pediatra			Bradycardia (menos de 60 pulsaciones por minuto),
Dormir en la misma habitación de los padres, hasta los 6 meses					Taquicardia (más de 160 pulsaciones por minuto),
No fumar nunca en presencia del bebé					Llanto constante

BIBLIOGRAFIA

Amaya De Gamarra, Inés Cecilia; Suárez de Betancourt, M. de Jesús; Villamizar Carvajal, Beatriz. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca LASCASAS 2005; 1.

Deacon J., O'nelly P. Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos. 2ª ed. MC Graw-hill Interamericana. 2001

Riquelme E., Novoa J. Manual de Procedimientos y Cuidados de Enfermería Neonatal. Ed. Mediterráneo. 2004

Izatt S. Care of the newborn. En Neonatal-Perinatal Medicine Diseases of the Fetus and Infant. Ed. Mosby. 7ª ed. 2002. 450-459

Sola Augusto. Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Vol II. 2001

Urquiza Raúl. El método canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Jesús "San Bartolomé". Pediátrico. Asociación de médicos residentes del Instituto de Salud del Niño. Perú. Vol. 4 n° 3. Abril 2002-Diciembre 2002. 41-46.

Enfermería pediátrica

Isabel Chaure López, María Inarejos García

Guía para Padres de Prematuros

Ac. Miguel Larguía. Dras. Iris Schapira - Norma Aspres y Colaboradores

División Neonatología. Hospital Materno Infantil Sardá. Disponible en <<http://www.funlarguia.org.ar>> y en <<http://www.sarda.org.ar>>. Consultado el 07/10/2010

Llanos Ortega, Isabel. Afrontar el nacimiento de un bebé de riesgo: La experiencia de la prematuridad. Arch Memoria [en línea]. 2010; (7 fasc. 5). Disponible en <<http://www.index-f.com/memoria/7/7512.php>> (Consultado el 01/03/2010)

Pallás Alonso C. Relación con los padres en los servicios de neonatología. Asistencia domiciliaria al prematuro. Matronas Prof. 2008; Ago; 9(3): 28-30. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/247/.../vol9n3> Pág. 28-30. [Consultado el 20 de Febrero 2010].

Pastor Rodríguez, Jesús David; Pastor Bravo, María del Mar; López García, Visitación;

Cotes Teruel, María Isabel; Mellado, Jesús Eulogio; Jara Cárceles, José. Recién nacido prematuro: a propósito de un caso. Enferm Clínica. 20(4):255-259

Castro Varela, Laura; Zapata Sampedro, Marco Antonio. Cuidados enfermeros dirigidos a los recién nacidos prematuros. Educare21 -Esp- <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/?id_numero=65>].

GUIA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PEDIATRIA

Ana M^a Corripio Mancera. Enfermera de Hospitalización a Domicilio Pediátrica. M^a Yolanda Ramón Telo . Enfermera de Hospitalización a Domicilio Pediátrica. V. Begoña Tundidor Moreno. Enfermera Gestora de Casos. Margarita Sánchez Rivas. Enfermera Supervisora de Hospitalización a Domicilio Pediátrica y planta de Oncología.

INTRODUCCIÓN:

“Los Cuidados Paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan la enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas; tanto físicos como psicosociales y espirituales.”

Los cuidados paliativos y por extensión los equipos de cuidados paliativos pediátricos: -proporcionan alivio al dolor y otros síntomas; -son vitalistas: defienden la vida pero contemplan la muerte como un proceso natural; -no intentan acelerar ni posponer el fallecimiento; -incorporan los aspectos psicológico y espiritual en la atención del paciente y familia; -proporcionan un apoyo para ayudar al paciente a mantener el mayor nivel de actividad posible en cada momento, dentro de sus limitaciones; - ofrecen su ayuda a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad y, luego, en el duelo; -trabajan en equipo (médico, enfermera, psicólogo, asistente social, guía espiritual...) para resolver el conjunto de necesidades del paciente y de su familia; - pretenden mejorar la calidad de vida del paciente poniendo énfasis en su comodidad, tranquilidad y dignidad; - se pueden aplicar de manera temprana en la evolución de la enfermedad asociados a otros tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia, dirigidos a prolongar la supervivencia, y abarcan también los estudios encaminados a comprender y a tratar de manera más adecuada las complicaciones que puedan afectar al paciente.

En los programas de cuidados paliativos pediátricos en el domicilio la familia del paciente es también un soporte esencial, al que hay que asistir y apoyar continuamente para que pueda proporcionar al paciente los cuidados necesarios para mantener su confort a lo largo del proceso de la enfermedad. En toda enfermedad terminal están presentes múltiples problemas o síntomas, cambiantes y variables en intensidad. Es aquí donde el equipo sanitario pondrá toda su labor y esfuerzo terapéutico, para intentar controlarlos y que el paciente se encuentre lo mejor posible en cada momento de su enfermedad. Para ello utilizaremos los tratamientos farmacológicos idóneos y las técnicas de enfermería necesarias en cada estadio, siempre en estrecha relación y comunicación con la familia. La familia se centrará en proporcionarle al paciente los cuidados básicos de cualquier niño de su edad más las medidas generales que les iremos especificando en cada uno de los siguientes apartados. También vigilarán y notificarán al equipo sanitario cualquier cambio observado en los síntomas y signos, para poder actuar en consecuencia con la mayor brevedad.

TRATAMIENTO DEL DOLOR:

Es uno de los síntomas más frecuentes y temidos en enfermos de cáncer avanzado .La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y va a ser uno de los factores que más afecte a la calidad de vida del paciente. Tenemos también que decir que es uno de los síntomas más controlables gracias a las distintas analgesias y sedaciones paliativas.

Medidas farmacológicas:

Escalera de analgésicos, según su potencia progresivamente mayor, y medicamentos coanalgésicos, que pueden ayudar al analgésico o aliviar dicho dolor de forma individual.

Se irá utilizando la vía de administración más idónea en cada situación

.vía oral (adecuando su consistencia a cada niño: jarabe, comprimido, suspensión)

- .vía sublingual (forma farmacéutica que se disuelve colocándola debajo de la lengua)
- .vía rectal (supositorio) ,
- .vía transdérmica (parches) ,
- .vía parenteral-subcutánea (inyección en tejido situado justo debajo de la piel y utilizada de una manera intermitente o, en perfusión, continua) ,
- .vía parenteral-venosa (no es una forma de punción utilizada frecuentemente en domicilio ya que no ofrece mejores resultados que la vía subcutánea y su manejo precisa mucha más dificultad para los cuidadores)

Medidas generales:

- . Masajes,
- .aplicación local calor- frío ,
- .cambios posturales frecuentes,
- .no movilizar cuando esté calmado (si la postura preferida es siempre la misma tendremos que utilizar medidas alternativas como cojines, almohadas, colchón de variable presión ; para evitar erosión de zonas de mayor presión) ,
- .adecuar ruidos ambientales a sus gustos y necesidades (silencio ,música preferida, sonidos relajantes ,sonidos de ajetreo...)
- .tranquilidad en el ámbito que lo rodea,
- .iluminación acorde a su comodidad,
- .temperatura ambiental idónea.

TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS:

1 -ANOREXIA: es la incapacidad del paciente para comer normalmente.

La causa principal puede ser la propia enfermedad l, pero también influyen: el miedo al vómito, la saciedad precoz, el estreñimiento, el dolor y la fatiga, la disfunción autonómica, las alteraciones en la boca y los efectos secundarios del tratamiento.

El tratamiento incluye las medidas farmacológicas oportunas más las medidas generales precisas:

- preparación adecuada de los alimentos (variación según sus gustos, atractiva a la vista y sugerente en los olores)
- platos o raciones pequeñas; para que el paciente no se frustre por no tomar el plato grande completo.
- fraccionar la dieta (6-7 tomas) y flexibilizar los horarios.

2-ESTREÑIMIENTO: es un síntoma frecuente debido a la falta de movimiento regular de los intestinos, que produce una defecación infrecuente o con esfuerzo: heces escasa y duras generalmente.

Las causas pueden ser debidas a la enfermedad de base, ir asociadas al tratamiento farmacológico o asociarse con la debilidad y disminución de actividad del paciente. Las molestias que pueden ocasionar la constipación son sensación de distensión abdominal, flatulencia, mal sabor de boca, lengua saburral, retortijones e incluso náuseas y vómitos en casos extremos. También puede presentarse inquietud.

La estrategia terapéutica comprenderá el uso de laxantes y medidas rectales; con el objetivo de conseguir una deposición cada 1-3 días (aunque el paciente haya tomado poco alimento).

Todo ello combinado con una serie de medidas generales:

- Estimular ingesta de líquidos: infusiones, zumos de frutas naturales, agua...
- Responder rápidamente al deseo de evacuación.
- .-Estudio de las posturas (evitar cuñas, no utilizar pañales si no los precisa, acompañar al W.C si es lo que prefiere).
- Aplicación de masajes abdominales circulares, en el sentido de las agujas del reloj.

3-NAUSEAS Y VÓMITOS: son frecuentes en cáncer avanzado y pueden ser debido a múltiples causas ; siendo las más habituales el efecto colateral del tratamiento analgésico, la constipación o la obstrucción intestinal parcial .

El tratamiento farmacológico son los antieméticos y se irán administrando por distintas vías según idoneidad: vía oral, vía sublingual, vía rectal, vía subcutánea.

Las medidas generales se centrarán básicamente en la adecuación de la dieta:

- consistencia líquida-blanda,
- fraccionada (menores cantidades repartidas en más ocasiones de lo habitual) .

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN:

La alimentación es un símbolo de salud y actividad. En la situación de enfermedad terminal esta prioridad habitual pasa a un plano secundario y la nutrición e hidratación deben proporcionar al paciente únicamente el confort necesario para estar tranquilo.

El uso de sonda nasogástrica queda restringido a la presencia de problemas obstructivos altos, siempre que sean el elemento fundamental para explicar la desnutrición, la debilidad y/o la anorexia.

Las medidas generales son las que hemos ido citando en los síntomas gástricos ya que los problemas de alimentación son consecuencia de la misma inapetencia, , trastornos del gusto , sensación de llenado gástrico y debilidad; consecuencias de la enfermedad sistémica que padece :

- La adecuación de la dieta a los gustos individuales previos del enfermo junto a la atractiva presentación del plato son aspectos fundamentales.
- El fraccionar dieta (6-7 tomas) y flexibilizar mucho los horarios también ayuda.
- La disminución del tamaño de la toma o plato al volumen que suele comer es importante. No debe presionarse para que sea más copiosa.
- Suelen tolerar mejor alimentos de consistencias líquidas, blandas o semiblandas.

La hidratación no es un objetivo en sí mismo en estas circunstancias sin embargo se le irán ofreciendo líquidos (agua, infusiones,...) de una manera frecuente. La sensación de sed ,asociada a la sequedad de boca debida a la enfermedad o al tratamiento , responden mejor al uso fraccionado de líquidos unido a unos cuidados de la boca frecuentes , que a la hidratación oral o parenteral forzada.

El uso de sueroterapia en la situación de enfermedad terminal en el domicilio es prácticamente nulo puesto que no le ofrece ninguna mejoría y sí le produce al paciente más molestias innecesarias.

CUIDADOS DE LA BOCA

Son unos cuidados imprescindibles en el paciente terminal puesto que sufren una alteración de las propiedades de la boca provocada por causas varias y que dan lugar a numerosos problemas. Uno de esos problemas más frecuentes es la sequedad de boca.

Los objetivos son:

- prevenir el dolor de boca
- mantener labios y mucosa oral húmedos, limpios, suaves e intactos para prevenir infecciones y proporcionar así el máximo confort
- eliminar restos de alimentos y placa bacteriana para evitar la halitosis
- evitar molestias innecesarias que pudieran dificultarle la comunicación y la alimentación de manera satisfactoria.

Las medidas generales recomendadas son:

- Para la higiene de después de las comida, cepillado suave y enjuague normal. Si esto fuera muy dificultoso se puede utilizar torunda o el dedo índice protegido con guante o gasa; siendo más inefectivo para eliminar la placa pero ofreciendo más comodidad y ayuda para la humedificación y ante posibles signos de sangrado.
- Para inhibir la placa bacteriana se puede usar, cada 12 horas: .solución antiséptica bucal de clorhexidina al 0'12% , diluida al 50% en agua, en enjuague (pequeñas cantidades) o con torunda de gasa. .o se puede utilizar la fórmula de llantén, preparada en farmacia, aplicada de las mismas formas
- En el caso de úlceras bucales dolorosas se utilizaran anestésicos locales que se aplicaran 10-15 minutos antes de la ingesta.

-En caso de aparición de candidiasis (lesiones aterciopeladas y blanquecinas en la boca y en la lengua , sobre un tejido enrojecido que puede sangrar fácilmente) habrá que aplicar el tratamiento antifúngico oralmente .

-Para la humidificación de la boca ofrecer, cada 2-4 horas, pequeños sorbos de agua, zumos de frutas con hielo, manzanilla con limón (anestésico local y estimulante de la saliva respectivamente ,posibilidad de masticar piña o chicle sin azúcar y/o utilización de salivas artificiales .

TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

DISNEA: es una sensación subjetiva que se define como “ la conciencia desagradable de dificultad para respirar”, por lo que sólo el enfermo puede cuantificar su intensidad y características .

Conviene tener en cuenta que taquipnea (respirar con más frecuencia de lo normal) no implica disnea necesariamente y varía según la edad del paciente que, en caso de dificultades de comunicación, nos guiará por el uso de la musculatura respiratoria accesoria siendo el signo más evidente de disnea.

En el episodio inicial de la disnea se valorará la causa para descartar aquellas etiologías susceptibles de tratamiento y que pudieran mejorar , de una manera inmediata , el estado actual del paciente. En este sentido se hará una exploración clínica exhaustiva en busca de signos clínicos y se realizarán las pruebas complementarias pertinentes.

La disnea puede aparecer en las últimas semanas o días de la evolución de diferentes enfermedades en el contexto de un fracaso multiorgánico, comportándose entonces como factor de mal pronóstico a muy corto plazo.

El tratamiento sintomático comprende:

- Medidas farmacológicas precisas a través de diferentes vías: oral, sublingual o subcutánea, junto al uso de oxigenoterapia si se demuestra que es eficaz en la mejora del síntoma.
- y Medidas generales específicas:
 - compañía tranquilizadora,
 - aire fresco en la cara,
 - ejercicios respiratorios (respiración diafragmática y espiración con labios semiocuidos),
 - posición confortable,
 - técnicas de relajación,
 - adaptación al estilo de vida (actividades de la vida diaria).
- y tener a disposición los números de teléfono del equipo de soporte que lo atiende y que le ofrecerá su máxima colaboración y apoyo; tanto para el paciente como para la familia.

BIBLIOGRAFIA

- Definición de CUDADOS PALIATIVOS según la Organización Mundial de la Salud.
- Guía de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Guía de información sobre Cuidados Paliativos de la Consejería de Salud.
- Sanz Ortiz, J . Principio y Práctica de los Cuidados Paliativos

CUIDADOS EN PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS

CUIDADOS DEL ENFERMO CON DEMENCIA AVANZADA

Autoras: Ana Victoria Bueno Martín. Ana María Reyes Taboada.

INTRODUCCION



La demencia es un problema que afecta a un elevado porcentaje de la población anciana.

La planificación de los cuidados van a depender del estadio de la enfermedad.

- En los estadios leves será prioritariamente importante: el proceso diagnóstico, la detección y tratamiento de cuadros reversibles, el tratamiento farmacológico, la planificación del seguimiento, el apoyo para disminuir miedos y frustraciones, técnicas de reorientación, modificación ambiental, detección y tratamiento de la depresión, el contacto con organizaciones de apoyo y el asesoramiento legal.
- En los estadios moderados tendrá relevancia: el entrenamiento, asesoramiento sobre trastornos de conducta, manejo de problemas como insomnio, inmovilidad, incontinencia, vagabundeo, agitación, disfagia, tratamiento de enfermedades concurrentes, déficit sensorial que puede agravar el cuadro, inclusión en grupos de apoyo.
- En los estadios más avanzados, será la elección de la ubicación más adecuada para el enfermo, con sistemas de apoyo al cuidador, la cobertura sanitaria, y la toma de decisiones sobre el grado de actuación terapéutica ante las complicaciones son los elementos fundamentales de la asistencia. (1)

En esta fase van apareciendo una serie de problemas como dificultad en la alimentación (por disfagia o por negativa a la ingesta), infecciones de repetición, algunas de las cuales será el evento final que conduzca a la muerte del enfermo. (2)

DISPOSITIVOS RECOMENDADOS

- Dispositivos para evitar riesgos de caídas: barandillas para cama, andadores, sujeciones para baños, alfombras antideslizantes, etc.
- Material para disminuir riesgo de integridad cutánea.
- Clasificadores de medicamentos.
- Letreros para reconocer habitaciones.

RECOMENDACIONES

- Intentar en lo posible mantener autonomía del paciente mientras se pueda. Por ejemplo para control de esfínteres intentar llevar al baño cada dos o cuatro horas.
- Seguir la misma rutina en su actividad diaria.
- Control de medicamentos y dejar fuera del alcance del paciente.
- Mantener fuera del alcance del paciente todos aquellos utensilios con los que se pueda hacer daño.
- Utilizar letreros en habitaciones para que los reconozca (se pueden utilizar colores para que sea más fácil el reconocimiento).
- Darle tiempo suficiente para que puedan realizar las actividades y no cometer el error de hacerlo para terminar antes. (3)
- Si el paciente está muy incapacitado y su vida es sillón evitar zonas de presión para disminuir riesgo de integridad cutánea. Como colchones antiescaras, cremas hidratantes y aceites grasos preventivos, y cambios posturales cada cuatro horas durante el día.
- Evitar atragantamientos adecuando la alimentación según el estado de deglución con dietas pasadas, espesantes etc. Evitar en lo posible técnicas agresivas como SNG.
- Evitar zonas húmedas en esfínter anal y vesical disminuir riesgos de lesiones cutáneas.
- Reconocer situaciones que agreden el estado cognitivo. Ejemplo: estreñimiento de varios días, infección respiratoria o urinaria, cuadro febril. Acudir en estos casos a la enfermera referente para tomar medidas y lo ponga en conocimiento del facultativo.
- Guardar bajo llave las cosas importantes como joyas, libretas bancarias, escritura de la casa, etc.
- No dejar que duerma durante el día para que puedan conciliar el sueño de noche. La iluminación nocturna tenue puede reducir el deseo de levantarse al mejorar la orientación.
- En reacciones agresivas se debe buscar la causa para controlar la situación, tranquilizar al paciente, mantener la calma, sin intentar razonar con él.
- El paciente puede desaparecer. Es importante que esté identificado con su datos personales y un teléfono donde llamar. Buscarle en lugares conocidos y llamar a la policía.
- Utilizar música relajante para reducir la inquietud, aliviar ansiedad, mejorar el sueño y comportamiento.
- Siempre que el baño se pueda realizar en el cuarto de baño cambiar la bañera por ducha.



cama-

para

- Dejar espacios libres por donde pueda caminar si el paciente puede deambular.

COMPLICACIONES

Llamar al equipo de UHD en caso de que aumente el deterioro cognitivo y posibles problemas que lo agreden como una infección para que se puedan tomar medidas, analíticas, cultivos, etc.

Es muy frecuente el cansancio y agotamiento del cuidador pues desde el momento que se diagnostica demencia comienza una etapa que puede durar años (de 10 a 15 años) y que plantea en cada etapa problemas. Es fundamental que el cuidador aprenda a cuidarse sin sentirse culpable por ello.(3). Se recomienda contactar con grupos de autoayuda y asociaciones, y conocer recursos sociosanitarios a domicilio, centros de día, voluntariado, residencias estancias programadas (públicos, concertados y privados).



una
muchos
nuevos

(ayuda
de

Disponer de teleasistencia. Depende de los servicios sociales del Ayuntamiento)

El coste de estos servicios dependerá de los recursos económicos del paciente y del baremo establecido.

Existen centros de respiro. El objetivo es proporcionar descanso vacacional al cuidador y que el paciente pueda pasar en ellos cierto tiempo como una semana o un mes.

La ley reconoce en el proceso de la toma de decisiones el derecho básico para todas las personas que son el respeto de la dignidad personal, protección de la integridad física y la autodeterminación.

Si la persona no es capaz de decidir y no existe ninguna persona de confianza o representante legal, en situaciones de emergencia son el médico y personal de enfermería quien decidirá el tratamiento para el mejor interés del paciente. (4)

En un momento de la evolución de la enfermedad habrá que solicitar la incapacitación y nombrar a un tutor, que lo decretará un juez a través de la correspondiente sentencia. Puede ser solicitada por el paciente, su cónyuge y sus descendientes al propio Ministerio Fiscal.

El testamento vital consiste en un documento escrito donde el paciente aún cuando tiene conservadas sus facultades mentales establece lo que quiere que se haga con él en un futuro si no pudiera decidirlo.

OBSERVACIONES

Todas las demencias son tratables, al menos con intervenciones psicosociales. Lo ideal es que el paciente sea manejado por un equipo multidisciplinar. Sus necesidades son variadas y van cambiando con el avance de la enfermedad. Comprende diversas esferas como el apoyo a la familia y al cuidador, manejo farmacológico y conductual del déficit cognitivo, alteraciones de conducta asociadas a la enfermedad, estimulación física y mental y supervisión o realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Para ayudar a la toma de decisiones proponemos el análisis sistémico de los ocho elementos que se enumeran a continuación. De todos ellos los referidos al grado de evolución de la enfermedad, severidad de la crisis actual y opinión del paciente, serán casi siempre los más determinantes.

Elementos a considerar en la toma de decisiones terapéutica:

- Enfermedad fundamental y grado de evolución de la misma.
- Crisis actual.
- Frecuencia de complicaciones.
- Opinión del enfermo.
- Actitud del paciente ante los cuidados y opinión del personal sanitario que permanece mayor número de horas junto al enfermo.
- Grado de control sintomático y confort.
- Opinión de la familia.
- Evitar juicios subjetivos con respecto a la calidad de vida. (5)

Con respecto a las preferencias del enfermo, corresponde a la familia sustituto designado por el mismo el transmitir lo que hubiera querido el paciente bajo las circunstancias dadas. Una sería a través de lo que el paciente ha expresado previamente antes de ser incompetente (patrón de decisión competente) y otro lo que a juicio del sustituto y en la situación actual lo que el paciente pueda preferir (patrón del mayor interés).(6)

BIBLIOGRAFIA

- 1-Jiménez Rojas C.” Cuidados paliativos en pacientes con demencia avanzada”. Servicio de Geriátría Hospital Central Cruz Roja Madrid.
- 2- Burns A, Jacoby R, Luthert P, Levy R. Cause of death in Alzheimer"s disease. Age Ageing 1990;19:341-4.
- 3- Papel de la enfermería en la demencia /Alzheimer.Esther Gómez García – Pilar Anta Ferrero.
- 4.- Aspectos legales y éticos. En: Beers MH, Berkow R, editores. Manual Merck de Geriátría. 2.ª edición. Madrid: Harcourt; 2001. p. 123-5.2-6.
- 5.- Sepúlveda D, Gutiérrez C, Carrillo E. Cuidados paliativos no oncológicos. En: Ruipérez I, Baztán JJ, Jiménez C, Sepúlveda D, eds. Geriátría 50 casos clínicos comentados. Madrid: McGraw-Hill; 1998. p. 265-73.
- 6- Fellows LK. Competency and consent in Dementia. J Am Geriatr Soc 1998;46:92

GUÍA DE CUIDADOS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Autoras: R. Sosa Déniz¹, Z. Sánchez Torres², B. Morales Marrero¹, D. Rodríguez Urquía¹.

¹Enfermera Unidad de Hospitalización del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

²Supervisora Unidad de Hospitalización del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

I. INTRODUCCIÓN

1. Definición

La Insuficiencia cardiaca aparece cuando el corazón es incapaz, por diferentes motivos, de bombear la sangre necesaria para el normal funcionamiento del organismo.

- **Síntomas**

Pueden aparecer uno o varios, dependiendo de la situación de cada paciente:

- Sensación de falta de aire (DISNEA), que se puede tener en reposo o al hacer pequeños o moderados esfuerzos. La **disnea** es la sensación desagradable de que cuesta trabajo respirar no relacionada con el esfuerzo. En la insuficiencia cardiaca la disnea se debe al acumulo de líquido en los pulmones.
 - Uñas y labios amoratados por la falta de aire.
 - Falta de aire al acostarse o durante el sueño, que mejora al colocar varias almohadas.
 - Sensación de ahogo durante el sueño, que despierta y obliga al paciente a incorporarse para que mejore (ortopnea).
 - Hinchazón (edema) en las zonas más bajas del cuerpo: normalmente en tobillos y piernas, pero si están acostados también se pueden hinchar brazos, abdomen, párpados, etc.
 - Debilidad o cansancio muscular. La disnea suele aparecer al realizar algún **esfuerzo**, como caminar deprisa o subir escaleras, ya que es entonces cuando nuestro cuerpo necesita una mayor cantidad de oxígeno para realizar el ejercicio. El acumulo de líquido en el pulmón hace que el oxígeno no pase adecuadamente del aire que respiramos a la sangre, y se presenta la disnea.
8. Tos seca.
- Pérdida de apetito.
 - Disminución de la cantidad de orina
 - Trastornos del sueño
 - Llegada de poca sangre al cerebro, provocando desorientación, confusión, adormecimiento.

II. CONTROLES Y TÉCNICAS A REALIZAR

Debemos llevar un control estricto de los líquidos que entran y salen del cuerpo, ya que si se retiene mucho pueden aparecer complicaciones. Para hacer un buen control de los líquidos se realizan distintas técnicas.

1. Balance Hídrico

Consiste en contar todos los líquidos que bebe el paciente en 24 horas (agua, caldos, batidos, infusiones, leche, zumos, etc.) y todo lo que elimina, normalmente sólo la orina, sin embargo, también tendremos en cuenta el número de deposiciones si son muy blandas o diarreicas, sudoración o flemas excesivas, y vómitos.

Antes de pasar a nombrar el material necesario para hacer el balance tenemos que hacer una breve explicación de lo que es la **Restricción Hídrica**: Cuando un paciente, debido a su enfermedad, tiende a retener líquido en su cuerpo, el médico suele pautar, además de medicación, una cantidad limitada de líquido al día que suele estar en torno a 700-1000cc en total. Por ello, cuando estemos haciendo el recuento de líquido diario, si llegamos a la cantidad pautada, se debe parar y tomar entonces alimentos secos.

Para realizar la técnica necesitaremos el siguiente **material**:

Recipiente graduado para medir la orina. Cada vez que se orine se guardará en el recipiente. Si se llenase antes de las 24 horas, se contabiliza, se vacía y se sigue guardando. En caso de alguna pérdida de orina en el baño tendremos que comunicarlo a la enfermera para que lo tenga en cuenta.

Pesa (de las que utilizamos en la cocina, que suelen llegar hasta 2 Kg) para pesar los pañales en caso de que el paciente los utilice. En este caso haremos lo siguiente: Pesamos un pañal seco y apuntamos lo que pesa, cuando lo quitamos volvemos a pesarlo y anotamos el peso, y así haremos con todos los pañales que cambiemos en 24 horas.

Vaso medidor para controlar TODOS los líquidos que bebe a lo largo del día.

Hoja de Balance Hídrico (Tabla 1): en ella iremos anotando la cantidad de líquido que se va tomando a lo largo del día y la pesa de los pañales, si los hubiere, así como la cantidad de orina.

2. Peso diario

Lo adecuado es pesarse por la mañana (mejor a la misma hora) en ayunas, después de ir al baño, con pijama o camión y con la misma báscula, por lo que hemos de disponer de una.

3. Perímetro abdominal

Debemos disponer de una cinta métrica para medir el contorno del abdomen dos dedos por encima del ombligo. Igual que antes, por la mañana, en ayunas y después de hacer sus necesidades.

III. CUIDADOS A SEGUIR

- Dar la medicación pautada al paciente en los horarios correspondientes.
- Posición de la cama: Mantener elevada la cabecera, y si es preciso poner varias almohadas.
- Abandono de hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas,...
- Dieta: Es IMPORTANTÍSIMO que la dieta sea con muy poca sal, ya que la sal hace que se retengan líquidos y aumente la tensión arterial
- Vigilancia diaria de la piel, sobre todo las piernas. Protegerla de golpes, secar bien después del aseo diario y poner crema hidratante varias veces al día.
- Mantener las piernas en alto siempre que sea posible, para disminuir la hinchazón.
- En caso de que aparezcan flictenas (bolsas de líquido) en las piernas, avisar a la enfermera correspondiente. Si ya hay ulceraciones, realizar los cuidados que le sean pautados.

IV. POSIBLES COMPLICACIONES

Es fundamental que los cuidadores y los pacientes sepan reconocer de forma precoz los signos de alarma que indican que está empeorando la enfermedad, ya que las complicaciones suelen ocurrir con frecuencia.

El corazón se puede **descompensar** por una subida de la tensión arterial, no tomar la medicación correctamente, una infección, comer con sal, aparición de infartos o arritmias. Si ocurriera eso en pocos días podrían aparecer:

- **Aumento de la dificultad para respirar** (empeoramiento de la disnea) en reposo o con el ejercicio, o aparición o incremento de la sensación de ahogo al estar tumbado (ortopnea).
- **Aumento de la hinchazón en las piernas** (edema).
- Piel fría, por llegada de poca sangre.
- Hipotensión arterial, taquicardia ya que el corazón se contrae muy rápido para compensar la poca sangre que logra bombear en cada latido.
- Respiración rápida (taquipnea) para oxigenar mejor el organismo.
- **Ganancia de varios kilos de peso.**
- **Aparición de dolor en el pecho** o agravamiento del que se tenía.
- **Pérdida de conocimiento** (síncope) de forma brusca.
- Hinchazón abdominal o dolor abdominal.
- Tos seca persistente. Tos al acostarse.
- Pérdida de apetito.
- Aumento de la fatiga o sensación continua de cansancio.

Si esto ocurriera debemos comunicarlo al servicio de hospitalización a domicilio y llevar a cabo los cuidados y tratamiento que sean pautados. Si el paciente ya no estuviera siendo atendido por este servicio, debemos acudir al médico o al servicio de urgencias si el caso lo requiere.

V. OBSERVACIONES

- ⤴ Entender que esta enfermedad, según su estadio, nos lleva a realizar una serie de cuidados y pequeñas técnicas, que no debemos tomar como trabajo adicional, sino que el llevarlas a cabo harán que la salud y el bienestar del paciente puedan mantenerse durante mucho tiempo.
- ⤴ Intentar que el paciente realice el máximo de autocuidados posible.
- ⤴ Cuidado en cuanto a cómo se entiende la Restricción Hídrica, ya que son todos los líquidos que se toman, no “sólo el agua”.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Insuficiencia Cardíaca (Programa Itera) [Internet]. España: Laboratorios Menarini S.A. c2011. Guía para Pacientes con Insuficiencia Cardíaca; 2011 [cited 2012 Mar 17]; [about 4 screens]. Guía de alimentación para Pacientes con Insuficiencia Cardíaca; 2011 [cited 2012 Mar 18]; [about 10 screens]. Available from: <http://www.menarini.es/profesionales-de-la-salud/para-sus-pacientes/factores-de-rcv/3393-programa-itera.html>

- Guía para el paciente con insuficiencia cardiaca [Internet]. Málaga: Hospital Universitario Carlos Haya; c2002-2012 [cited 2012 Feb 11]. Available from: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/insuf.pdf><http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/insuf.pdf>
- Insuficiencia-Cardiaca.com Información para Pacientes, Familiares y Cuidadores [Internet]. España: Insuficiencia-Cardiaca.com; c2011. Síntomas de la Insuficiencia Cardiaca: disnea, edemas, astenia, síncope; 2011 Nov 09 [cited 2012 Mar 28]; [about 1 screens]. Familia y Cuidadores del Paciente con Insuficiencia Cardiaca; 2011 Nov 09 [cited 2012 Mar 29]; [about 1 screens]. Available from: <http://insuficiencia-cardiaca.com>
- Insuficiencia Cardiaca Congestiva. Diagnóstico de Enfermería, Intervenciones y Plan de Cuidados al alta [Internet]. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas; c2005-2012 [cited 2011 Dic 2]. Available from: http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_insuf_cardiac_congest.pdf
- Soler-Soler J. ¿Estamos cambiando realmente el pronóstico de la insuficiencia cardiaca? De los ensayos clínicos al mundo real. En: de Teresa E., Anguita M. Insuficiencia Cardiaca. Datos para el debate. 2ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.; 2007. p. 15-24

<http://www.insuficiencia-cardiaca.com>



NOMBRE: _____

MÁXIMO DE LÍQUIDOS AL DÍA: _____ ml.

Fecha							
ENTRADAS							
Agua							
Leche							
Zumo							
Batidos							
Infusiones							
Caldos/Sopas							
Total							
SALIDAS							
Orina							
Pañal 1							
Pañal 2							
Pañal 3							
Pañal 4							
Total							

CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON DIABETES

AUTOR: Bouzas López, Sonia. Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital del Salnés, Vilagarcía de Arousa.

¿QUE ES LA DIABETES?

La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por un aumento de los niveles de azúcar en sangre y que afecta a diversos órganos (ojos, riñón, nervios, vasos sanguíneos, corazón...) Suele ser hereditaria.

Si le han diagnosticado diabetes es muy importante seguir una dieta equilibrada y variada, evitar el sobrepeso, realizar ejercicio moderado (si es posible), mantener los niveles de glucosa en unas cifras adecuadas (entre 70 y 110) y si toma medicación seguir las instrucciones de su médico y enfermera.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA PACIENTES DIABÉTICOS

- Realizar ejercicio de forma regular
- Evitar el tabaco y el alcohol
- Tomar una dieta equilibrada y variada
- Se recomienda hacer 5 ó 6 comidas al día respetando los horarios (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y antes de acostarse)
- No tomar alimentos azucarados (dulces, tartas, mermeladas, refrescos...)
- Restringir el consumo de grasas y alimentos ricos en colesterol (embutidos, yema de huevo, vísceras, marisco...) La leche y el queso preferiblemente desnatados.
- Es recomendable tomar fruta, legumbres y verduras. Excepto uvas, plátano o frutos secos.
- Cocinar los alimentos a la plancha, cocidos o al vapor. Evitar los fritos, salsas, cocina rápida o precocinada.
- Usar edulcorantes no calóricos tipo sacarina
- Preferiblemente usar aceite de oliva, evitando margarinas y mantequillas



Alimentos recomendados

Alimentos prohibidos

CUIDADO DE LOS PIES

Si usted es diabético es muy importante que realice un buen cuidado de los pies y siga las siguientes indicaciones:

- Realizar una higiene diaria de los pies: lavar, secar bien y si están secos aplicar una crema hidratante
- Inspección diaria de los pies en busca de heridas o lesiones
- Cuidado de las uñas (cortarlas de forma recta) teniendo cuidado de no hacerse heridas
- Usar calzado cómodo que no produzca roces o callos
- Ante cualquier lesión, enrojecimiento o herida avise a su enfermera.

DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA CAPILAR

A continuación se explica cómo mirar la glucemia (azúcar en sangre).

- Lavar las manos con agua y jabón
- Colocar la tira reactiva en el aparato medidor
- Pinchar con la lanceta en la cara lateral del dedo
- Presionar el dedo hasta obtener una gota de sangre
- Depositar o acercar la gota de sangre a la tira reactiva
- Esperar y leer el resultado (los valores normales están entre 70 y 110)
- Anotar el resultado en el cuaderno de control

- Los controles de glucemia suelen realizarse 30 minutos antes de las comidas principales (desayuno, comida y cena) salvo que su médico le haya indicado otra cosa.



Pinchar con la lanceta el dedo

Acercar la gota de sangre

Leer el resultado

INSULINA

La insulina es una hormona fabricada por el páncreas y que se administra en forma de inyecciones para intentar mantener unos niveles adecuados de glucosa en sangre y que el organismo funcione correctamente. Si su médico le pautó insulina siga las siguientes indicaciones salvo que le haya indicado otra cosa.

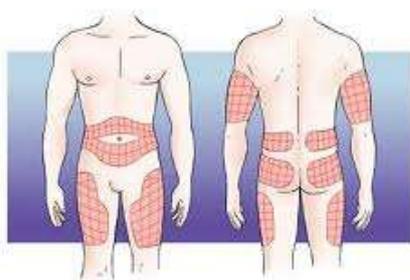
- La insulina se suele poner 15-30 minutos antes de las comidas, salvo que su médico le haya indicado otra cosa.
- Conservación: la insulina que usamos diariamente no requiere conservación en frío, pero no debe estar expuesta a la luz ni al calor excesivo, puede conservarse a temperatura ambiente durante un mes. Conservar el resto de los viales de insulina en la nevera.
- Zonas de inyección: abdomen, muslos, brazos y glúteos. Deben rotarse estos lugares.
- Técnica de inyección de insulina:
 - Si el bolígrafo o vial es de insulina intermedia o lenta (MIXTARD, LANTUS, NPH) agitarlo para homogeneizar la mezcla.
 - Marcar en el bolígrafo las unidades pautadas por su médico o si usa un vial cargar las unidades en la jeringa.
 - Coger un pellizco de piel y pinchar de forma perpendicular
 - No soltar el pellizco hasta inyectar toda la dosis de insulina
 - Tras inyectar la insulina esperar unos 10 segundos antes de retirar la aguja para evitar que la insulina refluya
 - Después no masajear ni frotar la zona



Tipos de insulina



Marcar las unidades que se van a inyectar



Lugares donde se puede inyectar la insulina



Pinchar perpendicularmente

HIPOGLUCEMIA

- En caso de hipoglucemia (bajada de azúcar por debajo de 60) tomar agua con azúcar o un zumo azucarado.
- Repetir la glucemia al cabo de 30 minutos para comprobar que se ha normalizado.
- Si la persona ha perdido el conocimiento no darle nada por la boca, ya que podría atragantarse. En este caso se pondría una inyección de glucagón. Pida ayuda inmediatamente
- Los síntomas de la hipoglucemia son: mareo, temblor, sudoración o visión borrosa.

PRECAUCIONES

Si los valores de glucosa son muy bajos o elevados o hay pérdida de conocimiento avise a su médico o enfermera.

Bibliografía

- Cuidados de enfermería en la diabetes. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/2.htm
- Cuidados de enfermería en la diabetes. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:

enfermosalud.blogspot.com/

- Diabetes: cuidados básicos para controlar la glucosa en sangre. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:

www.enplenitud.com/nota.asp?articuloID=2883

- Técnica de inyección de la insulina. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:

www.hospitaldenens.com/docs/.../040334_tecnica_inyeccion_cas.pdf

- Cuidados de enfermería ante un paciente con hipoglucemia. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:

www.estudiabetes.org/xn/detail/906848:Topic:550112?xg.

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON SARM Y FAMILIARES EN EL DOMICILIO

Autora Ana Herbosa Lopez, enfermera de Hospitalización a domicilio en el hospital de Cruces(Bizkaia)

¿QUE ES EL SARM?

El Staphylococcus Aureus es un germen que convive frecuentemente en la piel y la nariz de una de cada tres personas sanas sin causar ningún problema; sin embargo, en ocasiones puede provocar infecciones en piel, en heridas así como neumonías o infecciones graves.

Para tratar estas infecciones se administran antibióticos con el fin de eliminar al germen, cuando el staphylococo se hace resistente (el antibiótico no lo consigue) decimos que se ha hecho resistente a la metilina o SARM.

Como conclusión diremos que usted o su familiar es portador de una bacteria que se ha hecho resistente a varios antibióticos o tiene SARM.

¿COMO SE CONTRAE UNA INFECCION POR SARM?

Las personas que tienen gèrmenes SARM en su piel o que están infectadas por él pueden transmitirlo a otras personas. Estos gèrmenes pueden quedarse en la ropa de la cama, accesorios de baño y en el equipo médico, por tanto pueden transmitirse a otras personas a través del equipo contaminado, las manos de las visitas así como del personal sanitario.

¿PUEDEN TRATARSE LAS INFECCIONES POR SARM?

SI, existen antibióticos que pueden eliminar los gèrmenes SARM, por lo que es muy importante seguir las indicaciones médicas y cumplimentar hasta el final el tratamiento.

¿QUE MEDIDAS PUEDO TOMAR EN CASA PARA PREVENIR LAS INFECCIONES POR SARM?

- Lavarse las manos frecuentemente, especialmente antes y después de hacerse una cura o cambiar un vendaje.
- Si lleva un cateter venoso o acceso para diálisis, asegúrese que le han informado correctamente de su cuidado y extirpe el lavado de manos antes de su manipulación.
- Mantenga limpia cualquier herida que tenga y cambie el vendaje según le hayan indicado hasta que la herida sane.
- Las personas que conviven con usted, también deben lavarse las manos a menudo.
- Evite compartir objetos personales como toallas y cuchillas de afeitarse.
- Lave y seque su ropa y la ropa de cama al máximo de temperatura que le permita las recomendaciones de la etiqueta.
- Continúe con el tratamiento médico indicado hasta el fin del proceso.
- Informe al personal sanitario (médico de cabecera, enfermera, ambulancia...) que le atiende de que es portador de SARM y asegúrese que también se laven las manos antes y después de atenderle. **ENTRE TODOS SE PUEDE CONSEGUIR.**

BIBLIOGRAFÍA

Recomendaciones y recursos necesarios para un programa de control de la infección nosocomial en los hospitales españoles. www.seymc.com (consultado 4/03/2011)

CUIDADOS AL CUIDADOR

CUIDADOS AL CUIDADOR.PREVENCIÓN DE AGOTAMIENTO

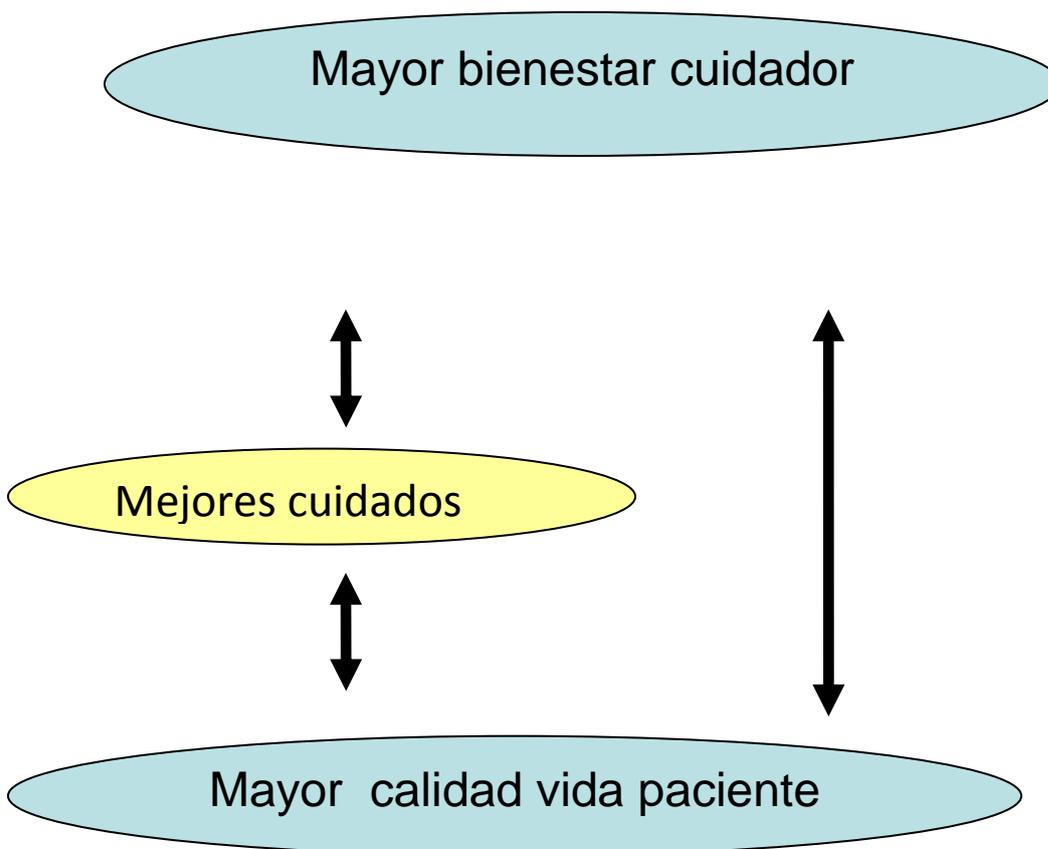
Autoras: María Arrate Guezala Oyarbide, Nadia Sosa

A.- CONCEPTO DE CUIDADOR PRINCIPAL

Se denomina Cuidador Principal a la persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de cualquier tipo de enfermo. Es quien además acompaña la mayor parte del tiempo a esta persona enferma.

El paciente puede tener una dolencia aguda o crónica, que le hace en mayor o menor medida una persona dependiente, esta condición se prolonga en el tiempo, a veces durante varios años.

La persona cuidadora permite con su tiempo y esfuerzo que otra persona pueda desenvolverse en su vida diaria, ayudándola a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad o enfermedad le imponen; pero también es necesario cuidarse a sí mismo.



B.- EL CUIDADOR PRINCIPAL EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Uno de los criterios de inclusión en las Unidades de Hospitalización a Domicilio es la “*existencia de un cuidador*”.

Las personas que cuidan dentro del entorno familiar establecen un vínculo especial que permite conocer mejor los deseos, necesidades, miedos, debilidades y fortalezas de la persona que cuida.

Pero cuidar puede traer consigo consecuencias físicas y emocionales; por lo que es importante aceptar que:

- Cuidar no es tarea para una sola persona.
- Pedir ayuda es una forma de cuidar y cuidarse.
- Hay que darse espacios y permiso para ir aprendiendo poco a poco, pues nadie lo sabe todo y necesita tiempo para aprender cosas nuevas.
- Hay que aprender a pedir ayuda.
- No pensar que hay que ayudar en todo lo que la persona cuidada solicita; hay que garantizar la autonomía de la persona cuidada para que ésta sea lo más independiente posible.
- Esta tarea a veces suele ser agotadora, y el que cuida también se enferma.
- Debemos permitir al enfermo hacer todo lo que puede hacer de forma autónoma.

Siempre desde la Salud nos preocupamos del paciente, pero ¿qué sucede con el agotamiento y la soledad que muchas veces experimenta el Cuidador Principal?

El cuidar a un ser querido puede ser una tarea gratificante, pero puede cansar, generar enojo, irritación, angustia... y estos sentimientos confunden, pero son comunes en los que cuidan a personas enfermas.

Por eso es tan importante saber qué grado de tensión estamos acumulando y cómo estamos de salud, para poder protegernos y cuidarnos también.

Usted puede sentirse mal y pueden aparecer:

alteraciones de tipo físico

- insomnio
- dolor de cabeza
- falta apetito
- cansancio excesivo

ó de índole psicológico:

- tristeza
- apatía
- irritabilidad



Está comprobado que ante la claudicación del Cuidador el paciente es institucionalizado; o con seguridad la calidad de su vida disminuye.

Cuanto más estrategias conozcamos para poder hacer frente a las situaciones que se derivan de cuidar a una persona dependiente, el cuidador puede sentirse mejor con uno mismo

C.- CUIDAR ES AYUDAR

“Cuidarse para vivir mejor...

...y para cuidar mejor”

Si quiere cuidar de otra persona debe cuidar primero de Usted:

- Descanse cada día lo suficiente.
- Evite el alcohol para animarse.
- Haga todo lo que esté en sus manos para conservar su propia Salud:



No olvide sus revisiones médicas.

Ponga en conocimiento de su médico y/o enfermera sus propios problemas de Salud y no olvide sus propios tratamientos.

- No se aíle. Pida ayuda de familiares, vecinos, grupos de apoyo, voluntariado o si puede contrate un cuidador para que puedan sustituirle.
- Procure mantener alguna actividad deportiva o espectáculo (si antes lo hacía); leer, cocinar... algo que a Usted le gratifique.
- Puede ayudarle a descargar tensiones y controlar el nerviosismo la realización de ejercicios de relajación y de control de la respiración.
- Dese permiso para expresar los momentos de tristeza, pero si tiene la suerte de sentirse bien y con ganas de reír hágalo también. Esto también se lo contagiará a la persona cuidada.
- Tómese un tiempo para su cuidado personal e incluso alguna vacación; para ello busque ayuda en su familia, contrate algún cuidador o solicite incluso Centros de Respiro.
- Apóyese en los momentos duros en sus creencias o valores; sean o no de índole religiosa.

D.- COMUNICARSE CON EL PACIENTE

Es importante saber comunicarnos de manera efectiva con los demás:

- Hablar a la persona mirándole a los ojos.
- Sentado enfrente o al lado, utilizar lenguaje sencillo, sonreír... Dar tiempo para responder.



- Respetar los deseos del paciente si él no quiere conversar. Se puede acompañar y transmitir cariño con una caricia, con un apretón de manos o simplemente acompañando.
- Compartir sentimientos y respetar silencios.
- Permitir el llanto, ser honesto pero delicado con la verdad. Si no podemos hablar del futuro con la persona que cuidamos, siempre podremos recordar los buenos momentos pasados juntos.
- Cuando la persona a la que cuidamos esté enfadada, debemos tratar de transmitirle que entendemos sus sentimientos.

E.- QUE PODEMOS HACER .ESTRATEGIAS PARA EL CUIDADOR

Ahora le proponemos un par de cosas que podrán ayudarle a llevar mejor su tarea de cuidador.

1.- EJERCICIOS DE CONTROL DE RESPIRACION:

Podemos usar este ejercicio para ayudarnos a relajarnos, si conseguimos realizarlos con regularidad, podemos conseguir un mejor manejo de nuestro estrés:

Objetivo. Conseguir que el aire se dirija a la parte inferior de los pulmones (respiración diafragmática inferior)

Descripción:

- Colocar una mano sobre el vientre (por debajo del ombligo) y otra sobre el estómago.
- Inspirar (coger) el aire lentamente, como si estuviera disfrutando el perfume de una bella flor.
- En cada inspiración, dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones, de modo que se mueva la mano colocada sobre el vientre y no la colocada sobre el estómago o el pecho.
- No se debe forzar la respiración ni hacerla más rápida. Mientras los hace puede escuchar música si esto le relaja.
- Repita estos ejercicios durante 2-4 minutos, descanse y lo repite al cabo de unos minutos.
- Puede pedir ayuda a su enfermera para el aprendizaje del mismo.

2.- DEDIQUESE MEDIA HORA:

La Dra. Rojas (2) nos propone hacer una lista de cosas agradables que se pueden hacer en menos de treinta minutos.

Dejar la lista abierta para ir apuntando *pequeños placer*

- Dar un paseo.
- Escuchar música.
- Mirar al cielo.
- Darse un baño.
- Ver la TV.



- Hablar con el paciente.
- Hacer pasatiempos...

Cada vez que tengamos un rato libre, trataremos de realizar alguno de estos *pequeños placeres*, siendo conscientes de que los estamos realizando.

FIN DE LA ETAPA DE CUIDAR

La etapa del tiempo de cuidar puede terminar de 2 maneras :

- La recuperación del enfermo.
- La otra nos lleva a la pérdida y al duelo.

Ambas son diferentes, pero tienen en común que marcan un antes y un después y nos deja una infinidad de vivencias duras, pero enriquecedoras.

Bibliografía:

1. Centro Oncológico Infinito [Internet]. La Pampa Argentina: Fundación para las Ciencias de la Salud. Consulta el 16 de marzo del 2011. Disponible: <http://www.infinito.org.ar/articulos/cuidadorprincipal.html>
2. Rojas M. Cuidar al que cuida. 1ª Edición. Madrid: Aguilar; 2006.
3. Guía para cuidadores. Donostia: Matia Fundazioa; 2005 [consulta marzo 2011]. Disponible <http://www.matiat.net/caste/interior/familias/index.php?seccion=familias&subseccion=cuidadores#>
4. Moreno ME. Cómo cuidar un enfermo en casa. 1ª Edición. Bogotá: El Manual Moderno/Universidad de la Sabana; 2005.
5. Cuidar y cuidarse Cuidar y cuidarse .Guía para personas cuidadoras [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública [consulta en marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/gala-cuidar-01.pdf>
6. Dinámica sociofamiliar y perfil del cuidador principal. Salamanca, Estudio Departamento De educación social 2009 (consulta en abril 2011). Disponible en: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/10jornada.pdf>

NUTRICIONES ESPECIALES

CUIDADOS EN PACIENTES CON SONDA NASOGÁSTRICA

AUTOR: Bouzas López, Sonia. Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital del Salnés, Vilagarcía de Arousa

¿QUÉ ES UNA SONDA NASOGÁSTRICA?

Es la introducción de una sonda por la nariz hasta el estómago.

Se puede usar para vaciar el contenido del estómago o para dar medicamentos y/o alimentos cuando no pueden o no deben ser ingeridos por vía oral.

CUIDADOS DE LA SONDA NASOGÁSTRICA

- Realice lavados de la sonda con agua tibia.
 - Cambie la posición de la sonda diariamente para evitar heridas o llagas en la nariz. Con un movimiento rotatorio, se hará que la sonda gire, retirándola o introduciéndola un centímetro.
 - Cambie diariamente el esparadrapo que la sujeta a la nariz con cuidado de no sacar ni meter más la sonda de lo indicado (1cm). Limpie la nariz con agua y jabón y séquela bien, poniendo un esparadrapo nuevo.
 - Es importante mantener la boca del paciente limpia para evitar infecciones. Al no comer por la boca y no masticar, puede producirse sequedad, llagas e infecciones de boca y encías. Para evitarlo debemos hacer un buen cuidado de la boca (cepillado de los dientes, aplicar vaselina en los labios y limpieza de la boca con agua y oraline)
 - La sonda se suele cambiar cada mes o cada tres meses (según el tipo y características de la sonda), su equipo de salud le indicará cuándo cambiar la sonda.
-
- RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA
 - Lave siempre las manos antes de empezar
 - Si el paciente toma dieta por túrmix o batidora, la consistencia debe ser semilíquida, sin grumos que puedan obstruir la sonda.
 - Compruebe que la comida esté a temperatura ambiente, una dieta muy caliente podría producir quemaduras en la mucosa del estómago, y líquidos muy fríos podrían causar un síncope.
 - Además de las cuatro comidas (Desayuno, Comida, Merienda y Cena) se deben dar dos tomas suplementarias algo más ligeras a media mañana y medianoche.
 - Si la dieta que toma el paciente es una preparación comercial (preparada de farmacia, botes o polvos), compruebe siempre la fecha de caducidad, administrar a temperatura ambiente, y una vez abierta guardarla en la nevera un máximo de 24h..
 - Coloque al paciente en una posición adecuada: sentado o semisentado. Si está en cama incorporarlo con almohadas durante la comida y al menos una hora después.
 - Antes de introducir nada por la sonda (alimentos, agua o medicación) compruebe que ésta no se ha movido y que está bien fijada.
 - Con la jeringa extraer los líquidos que pueda haber en el estómago midiendo su cantidad. Si el contenido es mayor de 100cc (más de 2 jeringas) espere una hora antes

de dar la comida. Si la alimentación se da de forma continua por goteo o con bomba, párela y espere una hora.

- Administre la alimentación de forma lenta y suave, sin forzar la jeringa para evitar que el paciente pueda vomitar y atragantarse.
- Es importante tapar la sonda mientras se carga la jeringa con comida para evitar que el estómago se infle con gases. No introducir aire en el estómago con la jeringa.
- Para administrar los medicamentos y tratamientos, estos se deben deshacer en agua tibia, machacando las pastillas y abriendo las cápsulas. Debe darse cada medicina por separado.
- Al terminar de dar la comida o los medicamentos, siempre se debe dar un poco de agua tibia por la sonda (por lo menos una jeringa llena). Si la dieta se administra por goteo, dar al menos media jeringa cada 6 horas.

Recuerde:

- Lavar las manos antes y después de dar la alimentación por la sonda
- Colocar al paciente sentado o semisentado
- Antes de dar la alimentación, comprobar que la sonda no se ha movido
- Medir el contenido del estómago antes de dar la alimentación
- Administrar la alimentación de forma lenta
- No introducir aire en el estómago
- Los medicamentos deben de estar triturados
- Al finalizar limpiar la sonda con agua

• **PRECAUCIONES**

Avisé a su equipo de salud en las siguientes situaciones:

- Si la sonda se salió de la nariz o se ha movido.
- Ante náuseas o vómitos, problemas respiratorios (tos, sofoco o color azulado de la piel) al administrar la alimentación o diarrea persistente.
- Obstrucción de la sonda. Si es así intentar desatascarla con agua tibia o una bebida con gas (ej. coca-cola), pero sin forzar, si no se soluciona, avise a su equipo de salud.



Bibliografía

- Sonda nasogástrica. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en: www.fisterra.com/material/tecnicas/sng/sng.asp

- Sonda nasogástrica. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.hden.sld.pa/pdf/Sonda_Nasogastrica.pdf
- Instrucciones para el manejo de sonda nasogástrica. Consulta el 4 de marzo de 2011.
Disponible en:
www.terra.es/personal/barellab/sondang.htm
- Portador de sonda nasogástrica. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0323.pdf
- Cuidados de enfermería en pacientes con sonda nasogástrica. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.enfermerasperu.com/cuidadodelpacienteconsondanasogastrica.php

GASTROSTOMIA

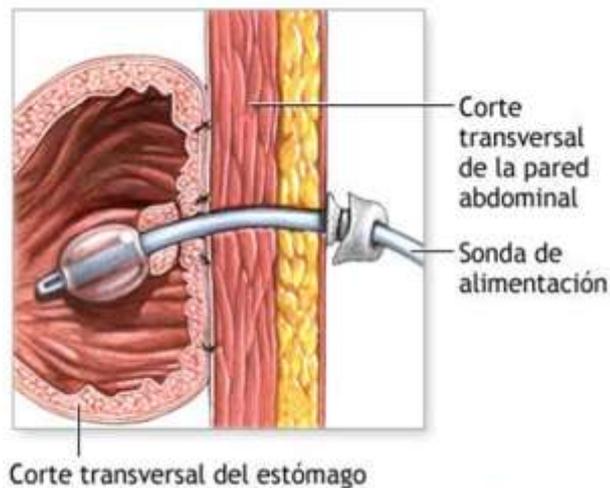
Autores: Sonia Bouzas López¹; Toni Massoni Piñeiro²; M^a Carmen Mias Carballal²

¹ Unidad de Hospitalización a domicilio de Hospital de Salnés. Villagarcía de Arousa..

² Unidad de Hospitalización a domicilio de Lleida

- **INTRODUCCIÓN:**

Una **gastrostomía** de alimentación es una abertura permanente que comunica el estómago con la pared abdominal en la que se coloca una sonda que permite la alimentación enteral artificial a largo plazo.



ADAM.

El objetivo de la implantación temporal o permanente de este tipo de sondas es mantener cubiertas las necesidades nutricionales de los pacientes que por diversos motivos: disfagia (dificultad al tragar), traumatismo cráneo-encefálico (TCE), tumores en el canal de deglución, etc., son incapaces de cubrirlas por vía oral.

- **MATERIAL QUE NECESITAREMOS PARA:**

CURA DEL ESTOMA:

- Gasas de algodón, preferiblemente estériles.
- Tijeras.
- Esparadrapo hipo alérgico.
- Recipiente con agua tibia y jabón.
- Apósito de espuma para colocar entre el estoma y la piel, y evitar rozadura

- Guantes desechables.
- Antiséptico Povidona Yodada.

ALIMENTACION:

- Jeringa de 50cc de cono ancho.
- Jeringa de 10cc de cono pequeño para administrar medicación.
- Agua mineral.
- Equipo para bomba de infusión.
- Bomba de infusión continúa.
- Recipiente con Nutrición enteral.
- Gasas de algodón.
- Pañuelos de papel.

- **REALIZACIÓN DE LA TECNICA:**

Es necesario lavarse las manos con agua y jabón antes de realizar cualquier manipulación de la sonda.

CUIDADOS DEL ESTOMA.

Realizaremos una cura diaria los primeros 15 días, dos veces por semana a partir de la tercera y con más frecuencia si hay irritación, comprobando diariamente que no haya signos de irritación cutánea, inflamación o secreción gástrica alrededor del estoma.

Levantaremos suavemente el soporte externo, con cuidado y sin tirones, para limpiar la zona del estoma con una gasa y agua tibia, con movimientos circulares de dentro hacia afuera. Los primeros días pintaremos la zona con una gasa de algodón y antiséptico con povidona yodada y colocaremos una gasa debajo del soporte externo para evitar roces y decúbitos. Posteriormente podemos proteger la piel con crema hidratante o con pasta lassar.

CUIDADOS DE LA SONDA.

- Limpieza externa. Mantener la parte externa: conector, sonda y soporte externo limpios con agua tibia y jabón suave. Aclarar y secar bien para que no queden restos de jabón.
- Limpieza interna. Después de cada toma de alimento o medicación se debe que pasar agua por la sonda, de 10 a 20 ml. Según la edad del paciente o cada 4-6 h. en caso de nutrición enteral continúa. La parte interna del conector se debe limpiar con agua tibia y una gasa de algodón.

- Comprobación de la posición. Antes de cada toma y cada 4-6 h. Hay que comprobar que la sonda no se ha movido, observando la graduación en cm. de la sonda.
- Giro de la sonda y cambio diario del esparadrapo. Hay que girar con suavidad cada día el soporte externo de la sonda o del botón, para evitar que se adhiera a la piel periestomal y para que esta respire.
- Utilizar placas autoadhesivas protectoras de la piel o malla tubular para sujetar la sonda al abdomen. Hay que evitar el esparadrapo pero si no hay otra opción hay que cambiar diariamente el punto de sujeción.
- Mantener el tapón de la sonda cerrado cuando no se utilice para evitar la salida del contenido gástrico.
- Comprobar el volumen de agua del balón cada 2 semanas: aspirar el contenido del balón, comprobar que es el correcto e hincharlo de nuevo.
- Cambiar la sonda cada 6-12 meses.

ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS.

La técnica de administración de alimentos por la sonda de gastrostomía es la misma que si utilizamos una sonda nasogástrica. Existen tres formas de administrar una alimentación por sonda y según el caso se administrará por gravedad, en bolus con jeringa o en débito con bomba de infusión. Cada sistema cuenta con un material apropiado que es el que debemos utilizar.

Al administrar la alimentación debemos tener en cuenta:

- Realizar la comprobación de residuo gástrico.
- Si el volumen aspirado es igual o superior al 30% del alimento administrado, desecharlo y esperar una hora antes de dar una nueva toma.
- Mantener al paciente incorporado 30-45° durante la administración y hasta una hora después de acabar.
- En la alimentación por gravedad, mantener la bolsa colgada a 60 cm. por encima de la cabeza.
- Utilizar el material y las líneas de administración adecuadas a cada sistema.
- Al final de la toma, limpiar la sonda con agua para mantener la permeabilidad. Utilizaremos entre 5 y 20 ml. de agua según la edad.
- Limpiar el sistema de infusión con agua y jabón.
- Cambiar la bolsa y la línea cada 2-3 días.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN.

- Los jarabes, ampollas y medicamentos líquidos no efervescentes se utilizan directamente, mientras que los comprimidos hay que triturarlos y diluirlos en una pequeña cantidad de agua.

Cuidado con los comprimidos retard que no pueden ser triturados.

Al acabar hay que limpiar la sonda con agua. Al administrar medicamentos a través de la sonda, hay que respetar dos aspectos muy importantes:

- No mezclar la medicación con la alimentación.
- No mezclar medicación incompatible entre sí.

ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS.

- La sonda nos permite mantener un nivel adecuado de hidratación del paciente mediante la administración periódica de líquidos a lo largo del día, independientemente de la nutrición que se proporcione. En cada caso se establecerá una pauta adecuada a las necesidades particulares de cada caso.

- **POSIBLES COMPLICACIONES:**

Si el paciente tuviera alguna de estas complicaciones deberían ponerse en contacto con la UHD, para comentarlo y así poder dar la mejor solución.

Complicaciones mecánicas. Las más frecuentes son:

- Obstrucción de la sonda causada por la presencia de productos secos en el interior de la sonda a causa de una limpieza incorrecta. Se soluciona pasando agua tibia por la sonda. Hay que recordar que debemos limpiar la sonda después de cada administración de alimento o de medicación.
- Pérdida de contenido gástrico alrededor del estoma. Puede estar causada por el desplazamiento de la sonda hacia el interior del abdomen o por un ensanchamiento del estoma. En esta situación debemos realizar una pequeña tracción de la sonda para juntar las paredes gástrica y abdominal y reajustar el soporte externo para evitar que se mueva.
- Extracción de la sonda. Es la salida accidental o voluntaria de la sonda al exterior. Hay que tener en cuenta el tiempo que hace que la gastrostomía está realizada. Cuando la ostomía es reciente, hay que reponer la sonda lo más pronto posible para evitar el cierre de la ostomía, por lo que se debe acudir al hospital para que el cirujano recolocque la sonda. Si hace más de 15 días que está realizada hay un margen de hasta 5 días para volver a colocar la sonda sin que el estoma se modifique.
- Infecciones y dermatitis periestomales. Pueden tener diferentes causas y cada una de ellas requerirá unas Intervenciones de Enfermería diferentes.
- Movimiento excesivo de la sonda que provoca una lesión en la piel periestomal, a veces con sangrado leve. Debemos fijar bien la sonda a la piel, aplicar crema barrera o placas con hidrocoloides.

- Reacción a un cuerpo extraño como es la sonda. Protegeremos la piel con crema barrera y una gasa para evitar el contacto.
- Higiene incorrecta y/o insuficiente. Tenemos que extremar la higiene diaria y cuidadosa del estoma.
- Exceso de presión sobre el estoma. Para evitarlo regularemos la distancia entre el soporte externo y el estoma. Para aliviar la presión se aconseja colocar una espuma de poliuretano que además favorecerá la cicatrización.

Complicaciones gastrointestinales. Las más frecuentes son:

- La diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal o estreñimiento que aparece durante la primera semana de la terapia enteral, que es cuando el tracto gastrointestinal se está adaptando a la fórmula líquida del alimento que recibe precisan de un control muy riguroso de las normas de administración.
- Las náuseas, vómitos, diarrea, distensión y dolor abdominal que pueden aparecer ocasionalmente son unas de las complicaciones más frecuentes y pueden tener muchas causas como: posición incorrecta del paciente, posición incorrecta de la sonda, flujo de administración demasiado rápido, retención gástrica del alimento, fórmula inadecuada, hiperosmolar y/o con contaminación bacteriana, efectos secundarios de algún medicamento y la angustia o ansiedad del paciente.
- Estreñimiento. Las causas habituales son: un aporte insuficiente de líquidos, una dieta con pocos residuos, efectos secundarios de la medicación, hábitos intestinales inadecuados y la inactividad.
- Deshidratación. Hay que tener un cuidado especial con los pacientes que no pueden manifestar la sed. La causa de la deshidratación es una pérdida anormal de líquidos causada por: diarreas y vómitos, fiebre o sudoración excesiva.
- Aspiración. Es una complicación de escasa incidencia pero muy grave, ya que puede originar procesos respiratorios importantes que comprometan y amenacen la vida del paciente. La incidencia es más alta en pacientes encamados, sedados o con el nivel de conciencia disminuido.

Bibliografía

- Cuidados de la gastrostomía y técnica de administración de la nutrición enteral. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.chospab.es/area_medica/nutricion/cui-gastro-ent.pdf
- Cambio de una sonda gastrostomía en domicilio. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
<http://www.elsevierinstituciones.com>
- Protocolo para cuidados de gastrostomía. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.hca.es/html/servicios/digestivo/.../1PEG%20seguimiento.pdf

- Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.carloshaya.net/biblioteca/boletinenfermeria6p1/cuidados.pdf
- Recomendaciones de cuidados tras recambio de gastrostomía. Consulta el 4 de marzo de 2011. Disponible en:
www.digestivo.org/.../1PEG%20recambio%20seguimiento.pdf

Conceptos básicos de la nutrición parenteral domiciliaria

Autoras: Carmen López Quintana. Enfermera de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Mutua de Terrassa.
Inés Arancibia Freixas. Médico de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Mutua de Terrassa.

1. INTRODUCCIÓN

La nutrición parenteral domiciliaria es una modalidad de soporte nutricional que permite la administración de las bolsas de nutrición parenteral en el domicilio del enfermo. Éste aporte extra se realiza a través de catéteres y se suministra directamente al sistema circulatorio. Dependiendo de la duración de la necesidad de dicha nutrición, la “*Food and Drug Administration (FDA)*”, de los Estados Unidos, clasifica los tipos de catéteres centrales en dos grupos:

- Catéter central transitorio: su uso es parcial. Con una aplicación de 12 horas diarias de forma continua y el resto con libertad de movimiento.
- Catéter central definitivo: su uso es completo. Se debe aplicar durante 24 horas para mantener un aporte constante de nutrientes al paciente.

Cuando un paciente necesita nutrición parenteral, ya sea transitoria o definitiva, y no requiere de forma estricta su permanencia en el hospital, ésta se debe hacer en el domicilio. De ahí que sea muy importante definir las consideraciones que se deben tener en cuenta.

El principal objetivo de ésta técnica para complementar la nutrición es mantener al paciente con una correcta alimentación y con las mínimas complicaciones al abandonar el hospital.

2. MATERIAL

Para preparar los sistemas de nutrición parenteral se requiere el siguiente material: mascarillas; gasas estériles; guantes estériles; alcohol 70° y clorhexidina; jeringas; suero fisiológico; esparadrapo; equipo de perfusión (según la bomba infusora); talla estéril y tijeras de punta roma.

3. REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA.

Para la infusión de la nutrición parenteral se necesita un acceso venoso central que permita administrar con seguridad las soluciones parenterales. En función del tiempo del tratamiento se decidirá el tipo de catéter:

- a) Corto plazo: si se prevé un tiempo inferior a 30 días, se utilizarán catéteres de corta duración:
 - Catéter venoso central (ArroW®: material poliuretano).
- b) Largo plazo: si se prevé un tiempo superior a 30 días, se utilizarán catéteres de larga duración:
 - Reservorio subcutáneo tipo “*porta-a-cath*” (recomendable un catéter tipo Hickman tunelizado).

3.1. Equipo de trabajo

Para aconsejar el uso de la Nutrición a Domicilio (N.A.D.), es recomendable la existencia de un equipo de trabajo, con funciones bien definidas para cada uno de sus integrantes. De esta forma se podrá mantener a la persona en un estado óptimo nutricional ya que estará supervisado por un

completo equipo de profesionales (Médico nutricionista; Farmacéutico; Enfermera; Cirujano; Equipo de Hospitalización a Domicilio).

Se debe lograr una independencia física y social para el paciente, procurando evitar las complicaciones asociadas a esta modalidad terapéutica.

3.2. Características de la fórmula

La fórmula nutricional que se debe aplicar al paciente, podrá ser elaborada en el hospital de referencia. En función de un análisis semanal se determinará la fórmula metabólica necesaria y se podrá corregir el déficit nutricional. De esta forma, se puede adaptar cada preparado al paciente y determinar variaciones en la composición (zinc, selenio, hierro).

3.3. Medio de infusión

Según el tipo de tratamiento asignado, se debe tomar una serie de medidas que influirán en el medio. Si la nutrición se infunde durante las 24 horas, el equipo se debe cambiar 2-3 veces por semana mientras que si es de forma discontinua (12 horas), el equipo debe cambiarse por uno nuevo cada día. En éste último caso, el tiempo de infusión de la nutrición dependerá del modo de vida del paciente, procurando que sea nocturna si el paciente lleva una vida activa. Es aconsejable en todos los casos asegurar el ritmo de infusión, por lo que es necesario el uso de una bomba.

3.4. Conexión del equipo al paciente

Conexión de la nutrición parenteral para el cuidador

<p>1 - Sacar la bomba de infusión/ bolsa de nutrición (preparada en la farmacia) de la nevera 20 minutos antes de su utilización y conectar la bomba a la corriente.</p>		
<p>2 - Lavarse bien las manos con jabón antiséptico i frotarse las manos con <i>sterillium</i> (líquido azul) a continuación.</p>		
<p>3 – Sacar la talla de la bolsa y colocarla tal y como se indica en la siguiente fotografía.</p>		

<p>4 – Material que se utilizará en la conexión:</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Gasas estériles. . Alcohol 70° con clorhexidina. . Guantes estériles. . Equipo de la bomba/ equipo nutrición. . Esparadrapo 	
--	---	---

<p>5 – Preparación del material :</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Dos gasas estériles mojadas con Alcohol 70° con clorhexidina, procurando no tocarlas con las manos y dejarlas encima de la talla. 	
---------------------------------------	---	---

<p>6 - Quitar esparadrapo que cubre la conexión de la vía y colocarla sobre la talla estéril, con una de las gasas mojada.</p>		
--	--	--

<p>7 – Conexión del equipo :</p> <p>. Sacar de la bolsa el equipo y cerrar la llave verde.</p> 	<p>. Pinchar el equipo en la bolsa de nutrición en la punta azul más gruesa  y dejar la conexión encima de la talla.</p>	
---	---	---

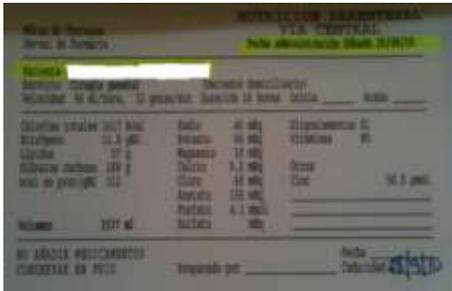
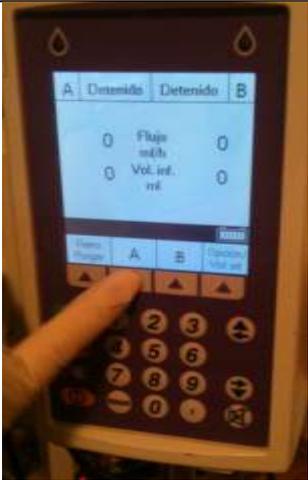
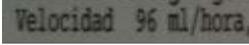
<p>. Llenar un poco el reservorio del equipo presionando con el dedo pulgar i índice.</p>		<p>. Colocar el “tambor” del equipo al revés.</p>	
---	---	---	---

<p>. Abrir llave verde y tirar hacia afuera el botón blanco plano, cuando se llena el primer depósito, dar la vuelta al “tambor” para terminar de llenar todo el cable y cerrar presionando el botón blanco plano.</p>		<p>. Colocar el cartucho (“tambor”) en la bomba y cerrar la puerta.</p>	
--	---	---	---

<p>. Colocarse los guantes.</p>	
---------------------------------	--

<p>. Limpiar la entrada de la vía con una gasa mojada con clorhexidina , cerrar la llave azul de la vía del paciente y quitar el tapón de la vía.</p>		<p>. Quitar el tapón del cable purgado del equipo de la bomba y conectar con la vía.</p>	
---	--	--	--

<p>. Despinzar la llave azul y tapar con otra gasa mojada la conexión. Sellarlo con esparadrapo (nos podemos quitar los guantes para manipular el esparadrapo).</p>		
---	--	---

<p>8 - Programar la bomba según la etiqueta impresa en la bolsa de nutrición (velocidad y volumen total).</p> 		<p>Apretar botón naranja de encendido , esperar que ella se regule. Escoger canal A ().</p> <p>Poner la velocidad que está en la etiqueta () , bajar a la línea de abajo con la  y poner el volumen () total que también está en la etiqueta.</p> <p>Apertar el botón verde de INICIAR .</p>
--	---	--

Desconexión de la nutrición parenteral para el cuidador

<p>1 - Lavarse bien las manos con jabón antiséptico y frotarse las manos con <i>sterillium</i> (líquido azul) a continuación.</p>		
---	---	---

<p>2 – Material que se utilizará en la conexión:</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Gasas estériles. . Talla verde. . Alcohol 70° con clorhexidina. . Guantes estériles. . Jeringa 10ml. . Suero fisiológico 10 ml. . Tapón vía. . Esparadrapo 	
--	---	---

3 – Sacar la talla de la bolsa y colocarla tal y como se indica en la siguiente fotografía. Quitar el esparadrapo que cubre la conexión de la vía y dejar esta encima de la talla.



4 – Preparación del material :

. Dos gasas estériles mojadas con Alcohol 70° con clorhexidina, procurando no tocarlas con las manos y dejarlas encima de la talla.

. Llenar la jeringa con el suero fisiológico procurando no tocar la parte de la obertura de la misma. Dejarla encima de la talla quitando el aire que haya quedado en ella.

. Quitar la protección del tapón y dejarlo encima de la talla sin tocarlo con las manos.



5 –Desconectar la bomba	Apretar botón de  y apagar  la bomba.	
-------------------------	---	---

6 - Colocarse los guantes.	
----------------------------	--

7 – Cerrar la llave de la vía.		8 - Quitar el cable de alimentación.	
--------------------------------	--	--------------------------------------	--

9 – Abrir la llave de la vía y pasar el suero fisiológico, cerrando la llave una vez finalizado el proceso.	
---	---

10 – Colocar el tapón de la vía y sellar con una gasa estéril mojada con Alcohol 70° con clorhexidina.		
--	---	---

4. COMPLICACIONES

4.1. Asociadas a la vía de acceso

- Mecánicas: suelen ser secundarias a la colocación del catéter (punción arterial o venosa, neumotórax, embolia gaseosa, taponamiento cardiaco, rotura y/o migración del catéter, trombóticas, sépticas).
- Trombóticas (Oclusiones del catéter o inducida).
- Sépticas (foco contaminante puede ser la piel).

4.2. Asociadas a la nutrición parenteral

- Metabólicas
- Déficits nutricionales específicos
- Hepatopatías
- Osteopatía
- Problemática psicológica y social

5. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO

Para que esta técnica funcione bien, se debe hacer un seguimiento temporal por parte del equipo médico. La organización del mismo dependerá de varios factores:

- Lugar del seguimiento: si la situación clínica del paciente lo requiere, se realizará en el domicilio del paciente a través del servicio de Hospitalización a Domicilio. La nutrición parenteral se prepara en el hospital de referencia.
- Periodicidad: se planteará según la gravedad del paciente, siendo como mínimo mensual en el caso de la nutrición parenteral.
- Controles analíticos: se tendrán en cuenta dos tipos de parámetros.
 - Parámetros bioquímicos generales (glicemia, función hepática, colesterol, triglicéridos, creatinina, ionograma, hemograma o elemental de orina).
 - Parámetros nutricionales (albúmina, transferrina o prealbúmina). Valorar la necesidad de otras determinaciones (vitaminas, ácido fólico, selenio, magnesio, hierro, cobre o zinc).
- Suministración de la bolsa de nutrición y material fungible: mientras el paciente está controlado por la Unidad de Hospitalización a Domicilio, el suministro de todos los materiales necesarios, correrá a cargo de la farmacia del hospital de referencia.

Nota: si existiera una complicación grave, el paciente siempre deberá acudir o contactar con su centro de referencia o equipo de tratamiento.

6. EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LOS PACIENTES

Para facilitar el uso de esta técnica a los pacientes es necesario realizarles un entrenamiento para adaptarlos a la nueva situación. El proceso educativo de los pacientes debe abarcar las siguientes áreas:

- 1.- Comprensión por aparte del paciente/familia de la enfermedad de base y la importancia de la nutrición domiciliaria.
- 2.- Manejo de las vías de acceso.
- 3.- Conocimiento del sistema de administración,
- 4.- Fórmula y pauta
- 5.- Almacenamiento y cuidado de la temperatura.
- 6.- Reconocimiento de las complicaciones.
- 7.- Conocer la estructura sanitaria del equipo que hace el seguimiento.

7. OBSERVACIONES

Para que la técnica funcione sin complicaciones graves, es muy importante recordar que se deben realizar ciertos cuidados del punto de inserción del catéter. Al menos dos días cada semana y siempre que sea preciso (si se moja, mancha, etc.). Para ello, se aplicarán cuidados de limpieza y desinfección en el punto donde el catéter penetra en la piel (punto de inserción del catéter), colocando un apósito transparente y fijando la conexión para evitar riesgos.

Realizará los cuidados con rigurosas normas de higiene y esterilidad:

- Con la mascarilla puesta y las manos lavadas, cortará tiras de esparadrapo que dejará prendidas al borde de la mesa.
- Disponga el campo estéril con la técnica enseñada (apartado 3.4).
- Distribuya sobre el campo estéril el material, también estéril en el orden que prevé que va a utilizarlo. Se recomienda preparar una gasa impregnada en antiséptico y otras gasas secas. Siempre se usaran las tijeras de punta roma.
- Descubra la zona de inserción del catéter retirando la ropa para que no le dificulte las maniobras.
- Retire el apósito y observe si en la zona próxima al punto de entrada del catéter aparece alguna de las siguientes anomalías: lesión o maceración, supuración, dolor, hinchazón o enrojecimiento de la zona. Si se observa alguna de estas anomalías, continúe la cura y comuníquese a su médico.
- Es muy importante controlar las glicemias y la temperatura.

Realizando correctamente todas estas intervenciones se facilitará la buena recuperación del paciente, facilitándole su inserción a la vida cotidiana.

8. BIBLIOGRAFIA

Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria (NADYA) de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Informe sobre la situación actual de la nutrición parenteral domiciliaria en España. Madrid, 2005.

De la Cuerda Compés, C., Bretón Lesmes, I., Bonada Sanjaume, A. y Planas Vila, M. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones relacionadas con el catéter en el paciente con nutrición parenteral domiciliaria. *Rev Clin Esp.* 2005; 205(8): 386-391.

Gómez Enterría, P., Laborda González, L., Martínez Faedo, C. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la osteopatía metabólica en el enfermo con nutrición parenteral domiciliaria. *Nutr Hosp.* 2007; 22(3): 351-357.

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. *Nutrición Parenteral.* Madrid, 2003.

De Cos Blanco, A.I., Gómez Candela, C. Recomendaciones para la práctica de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria (N.A.D.Y.A.). Madrid, 2003.

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Guía de práctica clínica de nutrición enteral domiciliaria. Madrid, 1999.

