



DIPUTACIÓN
DE ALMERÍA

**PROCEDIMIENTOS
Y PROTOCOLOS
DE ENFERMERÍA
EN RESIDENCIAS
GERIÁTRICAS**

PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Coordinadoras de la edición:
Martínez Moreno, Eulalia
Luque Cara, María Inmaculada

Autores:

Torres Simón, Juan Carlos
Marín Sánchez, Ana
Peña Pérez, Ana Isabel
Martínez Moreno, Eulalia
Luque Cara, María Inmaculada

Excma. Diputación Provincial de Almería
Residencia Asistida de Ancianos
2010

Excma. Diputación Provincial de Almería
Residencia Asistida de Ancianos

Protocolos y procedimientos de enfermería en residencias geriátricas

Edita: Excma. Diputación Provincial de Almería
Residencia Asistida de Ancianos

ISBN: 978-84-693-3248-1
Nº registro: 10/54398
Primera Edición: Julio – 2010

INDICE

PRESENTACIÓN	7
JUSTIFICACIÓN.....	9
1. VALORACIONES DE ENFERMERIA GERIÁTRICA.....	10
○ Valoración inicial.....	12
○ Valoración de seguimiento.....	20
○ Valoración de ingreso temporal	26
○ Valoración para traslados.....	31
2. PROTOCOLOS	34
○ Diabetes	34
○ Dolor	42
○ Eliminación intestinal.....	47
○ Higiene	57
○ Hipertensión arterial	64
○ Incontinencia.....	68
○ Movilización	74
○ Nutrición enteral.....	80
○ Respiratorio.....	92
○ Sueño.....	98
○ UPP (Ulceras por presión)	102
3. CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA EN RESIDENCIA..	108
4. BIBLIOGRAFIA	110

COORDINACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO: Eulalia Martínez Moreno y María Inmaculada Luque Cara.

GRUPO DE TRABAJO

Juan Carlos Torres Simón. Diplomado en Enfermería.

Ana Marín Sánchez. Diplomada en Enfermería.

Ana Isabel Peña Pérez. Diplomada en Enfermería.

Eulalia Martínez Moreno. Diplomada en Enfermería y Coordinadora de Enfermería de Residencia Asistida.

María Inmaculada Luque Cara. Diplomada en Enfermería y Supervisora de Enfermería de Residencia Asistida.

EQUIPO ASESOR EXTERNO

Ana Santamaría Murcia. Diplomada en Fisioterapia.

Ángeles Gutiérrez Andrés. Diplomada en Fisioterapia.

Marta González de Quevedo Herranz. Licenciada en Medicina.

Isabel Quiles Muñoz. Licenciada en Medicina.

Tomás José Pérez Márquez. Licenciado en Medicina.

PRESENTACIÓN

Como viene siendo habitual en estos últimos meses es para mí un orgullo y una enorme satisfacción presentar la obra “**Protocolos y Procedimientos de Enfermería en Residencias Geriátricas**” elaborada por un grupo de profesionales de la Residencia Asistida de Ancianos de la Exma. Diputación Provincial de Almería, con una amplia experiencia en el campo socio-sanitario y residencial geriátrico, con el **objetivo primordial** entre otros muchos, **de informar, formar, preparar, estimular, incentivar**, etc...., a otros profesionales que trabajan día a día con nosotros del rol que desempeñan cada uno en el reparto de responsabilidades, representando la consolidación de un estilo y de un instrumento de trabajo de la Residencia Asistida de Ancianos(en adelante R.A.A.) que ha alcanzado un alto nivel de madurez profesional .

La sociedad andaluza en general y la almeriense en particular, como en el resto de España, ha experimentado en los últimos años profundos cambios socio familiares, demográficos, sanitarios y económicos, que derivan en nuevas necesidades de los ciudadanos, y que requieren actuaciones multidisciplinares que permitan la atención integral y la prestación de servicios de manera eficiente y coordinada.

Fruto del trabajo coordinado de los profesionales de la R.A.A. es la presente obra que surge del interés del **colectivo de enfermería** pretendiendo ser una herramienta de trabajo que oriente la tarea diaria de los profesionales implicados en el proceso de atención, mejorando la calidad de los servicios a las personas que lo precisen y dar respuesta a varios aspectos:

La necesidad de atención continuada y especializada, que precisan las personas mayores.

Establecer unos cuidados de calidad adecuados a sus necesidades.

El objeto de la presente obra ha sido fijar recopilando y editando los diversos **protocolos y procedimientos de trabajo de los /as profesionales de enfermería la R.A.A.** de modo que se utilice cotidianamente como referencia de la mejor práctica que hoy por hoy, han consensuado dichos profesionales.

Para ello se han elaborado **unos procedimientos** que atendiendo al principio de funcionalidad corresponde al colectivo de enfermería su puesta en marcha (DUEs y Auxiliares) y **una serie de protocolos** compartidos con otras disciplinas (Médicos/as y Fisioterapeutas) su desarrollo va desde protocolos en residentes con patologías crónicas (hipertensión o diabetes) pasando por el protocolo de movilidad hasta el protocolo de higiene o U.P.P. **Completando un total de 11 Protocolos**, no sin antes diseñar las valoraciones de enfermería en concordancia con la valoración integral del residente utilizando un diseño de gestión asistencial por procesos, basado en la **valoración geriátrica integral** de forma que permite una **valoración de enfermería inicial, de**

seguimiento, traslados y temporales finalizando con un informe de **cuidados enfermero**, para la familia y profesionales de atención primaria. Todo ello sin olvidar la importancia del trato humano y especializado.

Esta publicación va a dar respuesta a un **objetivo fundamental** de la coordinación socio sanitaria, que es *estimular la cooperación entre profesionales de enfermería*, pero también es un instrumento que intenta facilitar su trabajo habitual, en un afán por lograr que todas las personas puedan vivir con calidad y sin que nadie vea vulnerados sus derechos.

En estos últimos años la **Residencia Asistida de Ancianos de la Excm. Diputación Provincial de Almería** se ha situado entre el grupo de residencias más **prestigiosas y de mayor calidad asistencia integral de España**, todo ello gracias sin duda alguna a la *valía de un buen número de sus profesionales* que conforman la misma, y a un estilo de trabajo que ha terminado marcando **nuestra identidad**.

Por todo ello, mi mayor entrañable felicitación a los responsables de esta publicación, en el convencimiento de que han realizado un magnífico trabajo y en espera que sirva de ayuda y aportación de conocimiento en el campo de la **Enfermería Geriátrica del Siglo XXI**

Antonio Castillo García

Director de la Residencia Asistida de Ancianos

Excm. Diputación Provincial de Almería

PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS.

JUSTIFICACION

El presente proyecto surge del interés del colectivo de enfermería por establecer un trabajo coordinado y representa la consolidación de un estilo y de un instrumento de trabajo de los enfermeros de Residencia Asistida.

El objetivo del presente manual es compartir con otros profesionales nuestras experiencias; que hoy por hoy han sido consensuadas por los profesionales de nuestra residencia y todo con el fin de ofrecer unos servicios de calidad en la atención al mayor.

Los protocolos y procedimientos es un sistema vivo en la enfermería, como continuo es el avance del conocimiento y experiencias en nuestra practica profesional.

Ciertamente que, aunque los avances son continuos, los cambios conllevan tiempo. Este proyecto se puso en marcha a finales del año 2006, como programa informático para enfermería, ese proyecto no vio la luz, pero todo nuestro trabajo fue recogido en un documento formando parte de un manual interno de enfermería en el centro residencial.

Durante estos años transcurridos, los cambios y mejoras introducidos en el manual nos puede permitir hablar de un nuevo proyecto, completamente distinto al anterior: se han revisado las valoraciones introduciendo algunas nuevas, como las de temporales o las de traslados hospitalarios; se han introducido nuevos enfoques en los procedimientos; técnicas y escalas de medida incorporadas en este tiempo.

Algunos de los protocolos han sido consensuados con otras disciplinas, intentando mantener una perspectiva holística tan importante en la atención a los mayores.

Deseamos seguir trabajando en esta línea, ampliando nuestra visión futura, para garantizar la equidad en la cobertura de las necesidades básicas del anciano residente.

Coordinadoras de la edición:

Eulalia Martínez Moreno (Coordinadora de Enfermería).

Maria Inmaculada Luque Cara (Supervisora de Enfermería).

Autores:

Juan Carlos Torres Simón (Enfermero).

Ana Marín Sánchez (Enfermera).

Ana Isabel Peña Pérez (Enfermera).

Eulalia Martínez Moreno (Coordinadora de Enfermería).

María Inmaculada Luque Cara (Supervisora de Enfermería).

1. VALORACIONES

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL.

El anciano se caracteriza por la presencia de grandes síndromes de etiología multifactorial y presentación atípica, de ahí la importancia de hacer una buena valoración para poder establecer un adecuado plan de cuidados.

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidisciplinar, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas.

Para la valoración se requiere la participación de diferentes profesionales: médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos o psiquiatras, si se considerase necesario.

VALORACION FUNCIONAL.

Se encarga de evaluar el impacto de la enfermedad en las capacidades funcionales y de independencia del anciano a la hora de realizar el cuidado en su entorno.

Estas acciones se pueden subdividir a su vez en actividades avanzadas (necesarias para una vida socialmente satisfactoria), actividades instrumentales (necesarias para vivir de manera independiente) y actividades básicas (imprescindibles para sobrevivir).

Dentro de este apartado funcional, la enfermería de residencia asistida lleva a cabo una valoración al ingreso del residente en el centro que denominamos “**valoración de enfermería inicial**” basada en las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, con el fin de elaborar un plan de cuidados de gran interés para todos los profesionales que trabajan en el centro, ya que va a ayudar a identificar precozmente las áreas de déficit y permite intervenir de forma inmediata y con regímenes rehabilitadores individualizados.

Las escalas empleadas por enfermería para valorar las actividades básicas de la vida diaria es la escala de Barthel; la escala de Lawton y Brody la utilizamos para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria y por último utilizamos la Nova 5 que nos va a permitir establecer el grado de susceptibilidad en el desarrollo de úlceras por presión y poder marcar un tratamiento preventivo ante dichas circunstancias.

Para evaluar, evolución y beneficios del plan de cuidados individualizado, se realiza una nueva valoración denominada “**valoración de seguimiento de enfermería**”, esta valoración se realiza anualmente si antes no se han detectado cambios evolutivos en el residente.

Cuando se lleva a cabo un traslado de residentes a centros hospitalarios con motivo de un proceso de reagudización, intervención quirúrgica o procesos diagnósticos que puedan precisar ingreso hospitalario, se elabora la “**valoración de enfermería para traslados**”, con el fin de informar a otros profesionales de los cuidados, costumbres y hábitos del residente.

Desde hace aproximadamente dos años, atendemos en el centro, un perfil de residentes con carácter temporal, cuya estancia media oscila entre quince días y tres meses, volviendo posteriormente a su domicilio familiar.

El perfil de situaciones atendidas en estas estancias temporales son:

-Rehabilitación funcional posterior a una intervención quirúrgica o a un proceso patológico agudo.

-Respiro familiar ante patologías crónicas degenerativas (demencias).

Nuestro objetivo, es establecer un plan de cuidados a corto plazo, con el fin de evaluar al mayor en el tiempo de estancia y a su vez poder formar a los cuidadores informales para que sigan profundizando en estos cuidados. Para ello llevamos a cabo **“la valoración de enfermería para temporales”** en la que trabajamos principalmente ocho necesidades básicas (las que consideramos más funcionales).

Una vez concluida la estancia temporal, elaboramos un informe de cuidados enfermero, para la familia y profesionales de atención primaria.

VALORACIÓN INICIAL GERIATRICA DE ENFERMERÍA

ALERGIAS	PROTESIS
	Dentales <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Inferior
	Gafas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Audífonos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Otros.....
<u>PATOLOGIAS</u>	

Datos personales.

-Nombre/Apellidos: _____
 -Edad: _____ -DNI: _____ -N.S.S: _____
 -Estado civil: _____ -Profesión: _____
 -Nivel de estudios: _____

Datos al ingreso.

-Fecha de ingreso: __/__/__ -Lugar de procedencia: _____
 -Antecedentes patológicos: _____
 -Motivo del ingreso: _____
 -Forma del ingreso: Voluntario Involuntario.
 -Como viene: Sólo. Acompañado.
 -Personas de contacto: _____
 - Fuente de información: Residentes Familia Otros _____
 -Hábitos tóxicos: Tabaco Alcohol Drogas.
 -Vacunas actuales: Gripal Tétanos (1º, 2º, 3º dosis) Otras _____

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN / RESPIRACIÓN:

Sistema respiratorio:

F.INI/ F. FIN

-Frecuencia respiratoria: _____ * (control de enfermería) No Si _____ / _____
 Sin alteraciones Disnea de esfuerzo Disnea de reposo
 Tos seca Tos productiva.

Sistema circulatorio:

-Frecuencia cardiaca: _____ * (control de enfermería) No Si F.INI / F. FIN

-Tensión arterial: _____ * (control de enfermería) No Si F.INI/ F. FIN

- Sin alteraciones Palpitaciones Entumecimiento Extremidades frías
 Edemas Dolor precordial Marcapasos.

-Color de piel:

- Rosado. Pálida. Ictericia. Cianosis distal. Cianosis central.

Observaciones: _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN:

Peso: _____ Kg.

Talla: _____ cm.

Altura Rodilla-Talón: _____ cm.

Tipo de alimentación:

- | | |
|--|--|
| Normal <input type="checkbox"/> | Hipocalórica <input type="checkbox"/> |
| Sin sal. <input type="checkbox"/> | Hiper calórica <input type="checkbox"/> |
| Diabética <input type="checkbox"/> * (control de diabetes) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si F.INI/ F. FIN | Hiperproteica <input type="checkbox"/> |
| | Hipoproteica <input type="checkbox"/> |
| Gástrica <input type="checkbox"/> | Otros (suplementos) <input type="checkbox"/> |
| Espesante <input type="checkbox"/> | |

-Vía de alimentación:

- Oral. S.N.G Gastrostomía (PEG). Parenteral. Otros.

-Nº de ingestas/día: _____

-Nivel de autonomía: Independiente (10) Necesita ayuda (5) Dependiente (0)

-Alteración de la mucosa oral: No. Si. _____

-Ingesta de líquidos/día: cantidad _____ -Textura de la dieta: Normal. Triturada.

- Suplementos nocturnos: Si No

Problemas nutricionales:

-Estado nutricional: Normal Caquexia Desnutrición

Deshidratación Obesidad

-Disfagia: No. Si. (Sólido/ líquido) _____

-Digestión: No. Si. (Pirosis/ náuseas/ vómitos/ otros) _____

-Piezas dentarias: Todas Algunas Ninguna

-Nutrición: Correcta (0) Ocasionalmente incompleta (1) Incompleta (2)

Sin ingesta oral (3)

Estado de la piel:

-Hidratación: Buena. Mala.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

- *Nivel de autonomía:* Independiente (10) Supervisión (5) Dependiente (0)
- *Uso de absorbentes:* No Sí (Día, Noche, Anatómico, Braga-pañal)
- *Incontinencia:* Continente (0) Incontinente ocasional (1)
 Incontinencia urinaria o fecal (2) Incontinente urinaria y fecal (3).

Eliminación urinaria:

- *Vía de eliminación :* Fisiológica. Sonda vesical. Uretectomía.
- *Frecuencia:* _____ * (control urinario) No Sí F.INI / F. FIN
_____ / _____
- *Control:* Continente (10) Incontinente ocasional (5) Incontinente total (0)
- *Características diuresis:* Normal. Disuria. Coluria. Hematuria.
 Piúria. Nicturia Poliuria Oliguria

Eliminación intestinal:

- *Vía de eliminación:* Fisiológica. Colostomía. Ileostomía.
- *Frecuencia:* _____ * (control intestinal) No Sí F.INI/ F. FIN
_____ / _____
- *Control:* Continente (10) Incontinente ocasional (5) Incontinente total (0)
- *Características:* Normal. Estreñimiento. Diarrea. Presencia sangre. Otros.
- *Hallazgo:* Sin alteraciones. Rectorragia. Melena. Hemorroides. Otros.
- *Ayuda para eliminación:* No. Sí. _____

4.- NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN:

	AUTÓNOMO (15)	SUPERVISIÓN (10)	AYUDA PARCIAL (5)	AYUDA TOTAL (0)
CAMA				
SENTADO				
CAMINA				

- *Movilidad:* Completa (0) Limitación ligera (1) Limitación importante (2)
 Inmóvil (3)
- *Realiza ejercicio físico:* No. Sí. (Deportes, paseos, otros) _____
- *Se cansa al realizar ejercicio físico:* Sí. No.
- *Mantiene bipedestación:* Sí. No.
- *Mantiene sedestación:* Sí. No.
- *Necesita corregir postura:* No. Sí. Especificar _____
- *Falta de miembros:* No. Sí. Especificar: _____
- *Problemas músculos esqueléticos:* No. Sí. Especificar _____
- *Deambulación:* Independiente (15) Ayuda parcial (10)
 Independiente silla de ruedas (5) Dependiente (0)
- *Subir y bajar escaleras:* Independiente (10) Ayuda parcial (5) Dependiente (0)

- *Actividad*: Deambula (0) Deambula con ayuda (1) Siempre precisa ayuda (2)
 Encamado (3)

* (Control de movilización) No Si F.INI/ F. FIN

_____/____

5.- NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO:

-*Nº de horas*: 5 Horas. 5-10 horas. Más de 10 horas.

-*Sueño reparador*: Si. No.

-*Ayudas para dormir*: No. Si. Especificar: _____

-*Conductas de sueño*: Duerme de día Le cuesta conciliar el sueño Siesta

Se despierta en la noche * (control de sueño) No Si F.INI/ F. FIN

_____/____

6.- NECESIDAD DE AUTOIMAGEN:

-*Arreglo personal*: Dependiente (0) Independiente (5)

-*Estado de ánimo*: Eufórico Normal Apático

Expresiones verbales de sufrimiento Signos verbales de sufrimiento.

-*Duelo*: Si No.

-*Actitud negativista*: No Si (resistencia a cuidados, medicaciones, AVD) _____

-*Nivel de autonomía vestido*: Autónomo (10). Supervisión (5).

Estimulación (5). Dependencia. (total /parcial) (0)

7.- NECESIDAD DE EQUILIBRIO TÉRMICO:

-*Temperatura corporal*: _____

-*Piel*: Caliente. Tibia. Fría. Sudorosa.

-*Acostumbra a tener frío*: Si. No.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE PERSONAL Y CUIDADO DE LA PIEL.

-*Hábitos higiénicos*: Baño. Ducha. Higiene parcial. Otros.

-*Frecuencia*: Diaria. Semanal. _____ Otros.

-*Aspecto*: Limpio Desaseado Mal olor corporal

-*Nivel de autonomía*: Independiente (5) Supervisión (0)

Estimulación (0) Dependencia. (Total/ parcial) (0)

-*Integridad de la piel*: Si. No.

-*Tipo de piel*: Seca. Grasa. Cambios en pigmentación.

-*Cuidado especial de las uñas*: No. Si. Especificar: _____

-*Úlceras*: U.P.P * (control de UPP) No Si F.INI/ F. FIN Vasculares.

_____/____

-*Edemas* No Si - *Lesiones dermatológicas*: _____

-*Uso de medidas preventivas* Cambios posturales Colchón antiescaras Protectores

Cojín antiescaras Cuidados UPP

9.- NECESIDAD DE SEGURIDAD:

- Capacidad de autoprotección: Conservada. No conservada.
- Agresividad: No Si. (Real, potencial, autoagresividad, heteroagresividad, personas y objetos) _____
- Problemas visuales: No. Si. - Tipo: _____
- Problemas auditivos: Si No
- Sujeciones y dispositivos: No utilizados Diariamente Menos de una vez al día.
- Mecanismos de seguridad: Bastón Andaderas Zapatos ortopédicos Barandilla
 Sujeción (Cama, Silla de ruedas, Sillón)
Tipo: Perineal, Abdominal, Tronco, Otro _____
 Sensor de movimiento Luz nocturna
- Vagabundeo: Si No

10.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

- Estado de conciencia: Alerta (0) Desorientado (1) Letárgico (2) Comatoso (3)
- Orientación: Temporal (SI/NO) Espacial (SI/NO) Persona (SI/NO)
- Lenguaje: Sin Alteraciones Afasia Disartria Mutismo No verbal _____
- Expresión de las emociones: Miedo. Preocupación. Deprimido. Receptivo.
- Capacidad para hacerse entender: Se le entiende Dificultad para encontrar palabras Limitación para peticiones completas Nunca se le entiende
- Capacidad para entender a otros: Comprende Pérdida parcial Pérdida moderada Pérdida grave.

Observaciones: _____

11.- NECESIDAD DE VALORES CREENCIAS:

- Tipo de religión: _____
- Prácticas religiosas: Si. No.
- Reclama los servicios religiosos: Si. No.
- Testamento vital: No Si (deseo de vivir, no reanimar, solicitud de autopsia, restricción de tratamiento o cuidados, asistencia en últimos momentos, no hospitalizar) especificar _____
- Observaciones: _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR / REALIZARSE:

- Ocupación: Sedentarios. Manuales.
- Medios utilizados para realizarse: Trabajo. Rol. Especificar _____

13.- NECESIDAD DE ACTIVIDAD LÚDICA:

- Actividad recreativa: No. Si. _____
- Contacto con familiares y amigos: Si No
- Aficiones: TV Radio. Prensa. Música. Otros.
- Observaciones: _____

14.- NECESIDAD DE SEXUALIDAD:

-Hijos: No. Si. Especificar: _____

-Enfermedades relacionadas: No Si. _____

-Importancia de la sexualidad en la actualidad: _____

PUNTUACIÓN NOVA 5:

- 0..... Sin riesgos.
- 1-4..... Riesgo bajo.
- 5-8..... Riesgo medio.
- 9-15..... Riesgo alto.

PUNTUACIÓN BARTHEL:

- 80-95..... Incapacidad funcional ligera.
- 60-80..... Incapacidad funcional moderada.
- 45-59..... Incapacidad funcional grave.
- < 45..... Incapacidad funcional severa.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma:

CUIDADOS	INDEPENDIENTE	PRECISA AYUDA/SUPERV	DEPENDIENTE
HIGIENE			
ALIMENTACIÓN			
VESTIDO			
ELIMINACIÓN (Uso de WC)			
DEAMBULACIÓN			
ACICALAMIENTO (Autoimagen)			
OBSERVACIONES			

CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESION

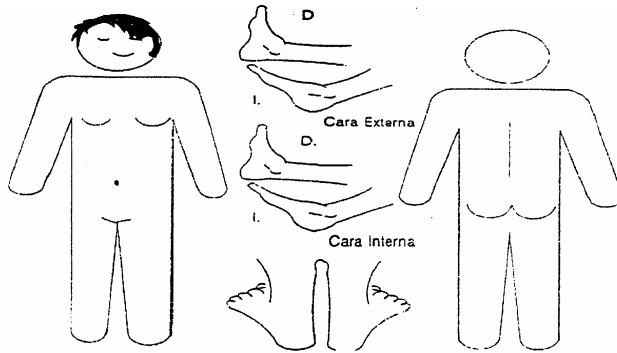
NOMBRE: _____

FECHA: _____ UNIDAD _____

TIPO DE ÚLCERA: Por Presión Varicosa Arterial Neurotófica

Antigüedad de la lesión:

Localización úlcera:



ESCALA NOVA 5					
PUNTOS	Est. Mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición Ingesta	Actividad
0	ALERTA	NO	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO	OCASIONAL/ LIMITADA	LIGERAMENTE INCOMPLETA	OCASIONALMENTE CON AYUDA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETÁRGICO	URINARIA O FECAL IMPORTANTE	LIMITACIÓN	INCOMPLETA, SIEMPRE CON AYUDA	DEAMBULA SIEMPRE PRECISA AYUDA
3	COMA	URINARIA Y FECAL	INMÓVIL	NO INGESTA ORAL, NI ENTERAL NI PARENTERAL SUPERIOR A 72 H. Y/O DESNUTRICIÓN PREVIA.	NO DEAMBULA, ENCAMADO

0 puntos.....sin riesgo. _____

De 1 a 4 puntos.....riesgo bajo. _____

De 5 a 8 puntos.....riesgo medio. _____

De 9 a 15 puntos.....riesgo alto. _____

DIAGNOSTICOS Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

SERVICIO DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

ALERGIAS	PROTESIS
	Dentales <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Inferior Gafas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Audífonos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Otros.....
<u>PATOLOGIAS</u>	

DATOS PERSONALES:

Nombre/ Apellidos: _____ Fecha: __/__/__
DNI: _____ NSS: _____

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

-Frecuencia Respiratoria _____ - Disnea Si No
-Frecuencia Cardíaca _____ -Tensión Arterial _____ Controles _____
Observaciones _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN.

- Ingesta de líquidos: Menos de 0.5 l/ día Entre 1-1.5 l/ día Más de 1.5l/día.
- Ingesta de alimentos: Come todo Come poco Suplementos No Si _____
 Independiente Precisa ayuda Dependiente
 Portador de Sonda: SNG PEG

	AUSENCIA	PRESENCIA
HIDRATACIÓN		
EDEMAS		

-Alteración de la mucosa oral: Si No
-Riesgo de atragantamiento: Si No
Observaciones _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

	FRECUENCIA	CONTINENTE	INCONTINENTE	USO ABSORB./TIPO
INTESTINAL				
VESICAL				

Observaciones _____

4.- NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN.

- Realiza ejercicio físico No Si -Se cansa No Si
-Alteraciones No Si _____
-Mecanismos: Bastón Muletas Andadera Silla de ruedas Ayuda de Personal
 Zapatos ortopédicos

Observaciones _____

5.- NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO.

	Duerme bien	Tarda conciliar	Despertar nocturno	Somnolencia diurna	Siesta	Sueño reparador	Ayudas
SI							
NO							

Observaciones _____

6.- NECESIDAD DE AUTOIMAGEN.

- Arreglo personal: Adecuado Descuidado Nulo
Observaciones _____

7.- NECESIDAD DE EQUILIBRIO TERMICO.

-Temperatura corporal _____
Observaciones _____

8.- NECESIDAD HIGIENE PERSONAL Y CUIDADO DE LA PIEL.

-Integridad de la piel No Si - Cuidado de la piel No Si
-Cuidados de las uñas No Si -Cuidados especiales No Si

	AUSENCIA	PRESENCIA
LESION DERMATOLOGICA		
ULCERAS (NOVA 5)		

-Medidas preventivas: Cambios posturales Colchón antiescaras Cremas Otros
Observaciones _____

9.- NECESIDAD DE SEGURIDAD.

-Sujeciones y dispositivos: No utilizados Diariamente Menos de una vez al día.
-Mecanismos de seguridad: Zapatos ortopédicos Bastón Andadera Barandilla
 Sujeción extremidades/tronco Sujeción cama Sensor de movimiento Luz nocturna
-Vagabundeo: Si No

Observaciones _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

	SIN ALTERACION	ALTERACIÓN (Tipo)
CONCIENCIA		
ORIENTACION		
LENGUAJE		
VISION		
AUDICION		

Observaciones _____

11.- NECESIDAD DE VALORES-CREENCIAS.

Observaciones _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR-REALIZARSE.

Observaciones _____

13.- NECESIDAD DE ACTIVIDAD LÚDICA.

- Participa en las actividades de la residencia: Si No
-Actividades recreativas con otros residentes: Si No
-Contacto con familiares: Si No
-Contacto con amigos: Si No
-Asiste a terapia ocupacional: Si No

Observaciones _____

14.- NECESIDAD DE SEXUALIDAD.

Observaciones _____

PUNTUACIÓN NOVA 5:

- 0..... Sin riesgos.
- 1-4..... Riesgo bajo.
- 5-8..... Riesgo medio.
- 9-15..... Riesgo alto.

PUNTUACIÓN BARTHEL:

- 80-95..... Incapacidad funcional ligera.
- 60-80..... Incapacidad funcional moderada.
- 45-59..... Incapacidad funcional grave.
- < 45..... Incapacidad funcional severa.

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma:

CUIDADOS	INDEPENDIENTE	PRECISA AYUDA/SUPERV	DEPENDIENTE
HIGIENE			
ALIMENTACIÓN			
VESTIDO			
ELIMINACIÓN (Uso de WC)			
DEAMBULACIÓN			
ACICALAMIENTO (Autoimagen)			
OBSERVACIONES			

CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESION

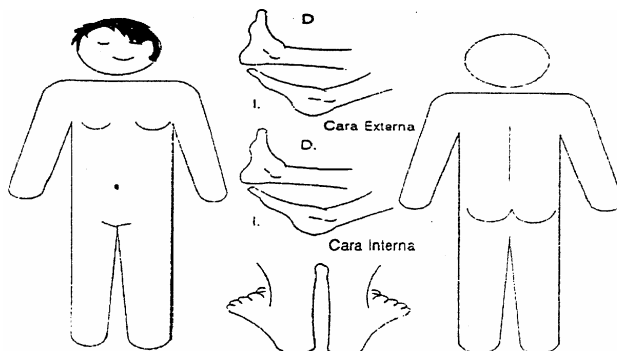
NOMBRE: _____

FECHA: _____ UNIDAD _____

TIPO DE ÚLCERA: Por Presión Varicosa Arterial Neurotófica

Antigüedad de la lesión:

Localización úlcera:



ESCALA NOVA 5					
PUNTOS	Est. Mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición Ingesta	Actividad
0	ALERTA	NO	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO	OCASIONAL/ LIMITADA	LIGERAMENTE INCOMPLETA	OCASIONALMENTE CON AYUDA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETARGICO	URINARIA O FECAL IMPORTANTE	LIMITACIÓN	INCOMPLETA, SIEMPRE CON AYUDA	DEAMBULA SIEMPRE PRECISA AYUDA
3	COMA	URINARIA Y FECAL	INMÓVIL	NO INGESTA ORAL, NI ENTERAL NI PARENTERAL SUPERIOR A 72 H. Y/O DESNUTRICIÓN PREVIA.	NO DEAMBULA, ENCAMADO

0 puntos.....sin riesgo. _____

De 1 a 4 puntos.....riesgo bajo. _____

De 5 a 8 puntos.....riesgo medio. _____

De 9 a 15 puntos.....riesgo alto. _____

DIAGNOSTICOS Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

SERVICIO DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE INGRESO TEMPORAL DE ENFERMERIA GERIATRICA

ALERGIAS	PROTESIS
	Dentales <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Inferior Gafas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Audifonos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Otros.....
<u>PATOLOGIAS</u>	

DATOS PERSONALES:

Nombre/ Apellidos: _____ Fecha: ___/___/___
 DNI: _____ NSS: _____
 Tiempo de permanencia en el centro _____
 Familiar de contacto _____
 Teléfono _____

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

-Frecuencia Respiratoria _____ - Disnea Si No
 -Frecuencia Cardíaca _____ -Tensión Arterial _____ Controles _____
 Observaciones _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN.

- Tipo de dieta: normal gástrica-diabética triturada.
 - Ingesta de alimentos: Independiente Precisa ayuda Dependiente
 Suplementos No Si. Especificar _____
 Portador de Sonda: SNG PEG

	AUSENCIA	PRESENCIA
HIDRATACIÓN		
EDEMAS		

-Alteración de la mucosa oral: Si No
 -Portador de prótesis dental: No Si: Superior Inferior
 -Riesgo de atragantamiento: Si No
 Observaciones _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

	FRECUENCIA	CONTINENTE	INCONTINENTE	USO ABSORB./TIPO
INTESTINAL				
VESICAL				

-Estreñimiento: No Si. Tipo de ayuda _____

Observaciones _____

4.- NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN.

-Realiza ejercicio físico: No Si -Se cansa No Si

-Alteraciones No Si _____

-Mecanismos: Bastón Muletas Andadera Silla de ruedas Ayuda de Personal
Observaciones _____

5.- NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO.

	NO	SI
DUERME BIEN		
DESPERTARES NOCTURNOS		
PRESENTA INSOMNIO		

Horas aproximadas de sueño: _____

Tipo de Hipnótico: _____

Observaciones _____

6.- NECESIDAD HIGIENE PERSONAL Y CUIDADO DE LA PIEL.

-Integridad de la piel No Si - Cuidado de la piel No Si

-Cuidados de las uñas No Si -Cuidados especiales No Si

	AUSENCIA	PRESENCIA
LESION DERMATOLOGICA		
ULCERAS (NOVA 5)		

-Baños: Independiente Precisa ayuda Dependiente

Frecuencia: _____

-Medidas preventivas: Cambios posturales Colchón antiescaras Cremas Otros

Observaciones _____

7.- NECESIDAD DE SEGURIDAD.

-*Sujeciones y dispositivos:* No utilizados Diariamente Menos de una vez al día.

-*Mecanismos de seguridad:* Barandilla Zapatos ortopédicos

1q Sujeción extremidades/tronco Sujeción cama Sensor de movimiento Luz nocturna

-*Vagabundeo:* Si No

Observaciones _____

8.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

	SIN ALTERACION	ALTERACIÓN (Tipo)
CONCIENCIA		
ORIENTACION		
LENGUAJE		
VISION		
AUDICION		

Observaciones _____

PUNTUACIÓN NOVA 5:

- 0..... Sin riesgos.
- 1-4..... Riesgo bajo.
- 5-8..... Riesgo medio.
- 9-15..... Riesgo alto.

PUNTUACIÓN BARTHEL:

- 80-95..... Incapacidad funcional ligera.
- 60-80..... Incapacidad funcional moderada.
- 45-59..... Incapacidad funcional grave.
- < 45..... Incapacidad funcional severa.

Fecha: ____/____/____

Firma:

CUIDADOS	INDEPENDIENTE	PRECISA AYUDA	DEPENDIENTE
HIGIENE			
ALIMENTACION			
VESTIDO			
ELIMINACION(Usode WC)			
DEAMBULACION			
ACICALAMIENTO			
OBSERVACIONES			

CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESION

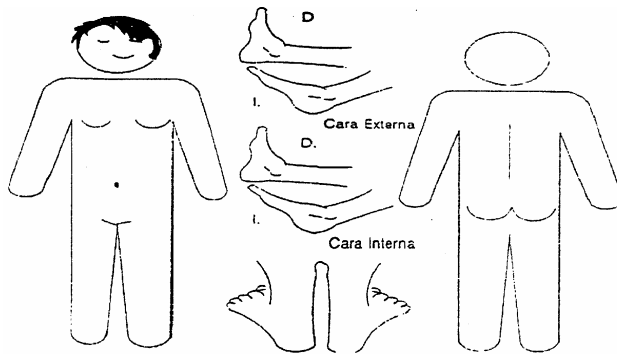
NOMBRE: _____

FECHA: _____ UNIDAD _____

TIPO DE ÚLCERA: Por Presión Varicosa Arterial Neurotófica

Antigüedad de la lesión:

Localización úlcera:



ESCALA NOVA 5					
PUNTOS	Est. Mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición Ingesta	Actividad
0	ALERTA	NO	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO	OCASIONAL/ LIMITADA	LIGERAMENTE INCOMPLETA	OCASIONALMENTE CON AYUDA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETÁRGICO	URINARIA O FECAL IMPORTANTE	LIMITACIÓN	INCOMPLETA, SIEMPRE CON AYUDA	DEAMBULA SIEMPRE PRECISA AYUDA
3	COMA	URINARIA Y FECAL	INMÓVIL	NO INGESTA ORAL, NI ENTERAL NI PARENTERAL SUPERIOR A 72 H. Y/O DESNUTRICIÓN PREVIA.	NO DEAMBULA, ENCAMADO

0 puntos.....sin riesgo. _____

De 1 a 4 puntos.....riesgo bajo. _____

De 5 a 8 puntos.....riesgo medio. _____

De 9 a 15 puntos.....riesgo alto. _____

DIAGNOSTICOS Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

SERVICIO DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN PARA TRASLADOS DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

<u>ALERGIAS</u>	<u>PROTESIS</u>
	Dentales <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Inferior Gafas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Audífonos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Otros.....
<u>PATOLOGIAS</u>	

UNIDAD _____

DATOS PERSONALES

- Nombre _____
- Teléfono portería 950-21-15-63 - Teléfono unidad _____
- NSS _____ - Fecha nacimiento _____

1.- OXIGENACIÓN – RESPIRACIÓN.

FR _____ FC _____ TA _____
 Observaciones _____

2.- NUTRICIÓN :

- Vía de alimentación: Oral SNG PEG Parenteral
- Otros: _____
- Tipo de dieta: Normal Triturada Especial Suplementos:
- _____
- Autonomía: Come sólo Precisa ayuda. - Riesgo de atragantamiento: Si No
- Observaciones _____

3.- ELIMINACIÓN:

- Nivel de autonomía: Independiente Supervisión Dependiente.
- Uso de absorbentes: No Si (**-DIA:** Anatómico Braga-pañal **-NOCHE:** Anatómico Braga-pañal)
- Urinaria:
- Control: Continente Incont. Ocasional Incont. Total.
- Vía: Fisiológica Sonda vesical Uretectomía
- Intestinal:
- Control: Continente Incont. Ocasional Incont. Total.
- Vía: Fisiológica Colostomía Ileostomía.
- Observaciones: _____

4.- MOVILIZACION:

	AUTÓNOMO	AYUDA PARCIAL	AYUDA TOTAL
CAMA			
SENTADO			
CAMINA			

Tipo de ayuda: Silla de ruedas Andaderas Bastón Muletas Zapatos ortopédicos Ayuda de Personal

Sujeción: Cama (Abdominal Perineal) Silla de ruedas (Abdominal Perineal)

- Observaciones _____

5.- REPOSO- SUEÑO.

- Conducta de sueño: Duerme de día Siesta Se despierta de noche.

- Ayudas para dormir: No Si _____

- Observaciones _____

6.- AUTOIMAGEN.

- Nivel de autonomía: Autónomo Supervisión Estimulación Dependencia

- Actitud: No Si (resistencia a cuidados, medicación y AVD)

- Observaciones _____

7.- EQUILIBRIO TÉRMICO.

- Temperatura corporal: _____ - Acostumbra a tener frío: No Si

- Observaciones _____

8.- HIGIENE PERSONAL Y CUIDADOS DE LA PIEL.

- Nivel de autonomía: Independiente Supervisión Estimulación Dependencia.

- Úlceras: UPP (NOVA 5 _____) Vasculares TTO _____

- Edemas: No Si. – Lesiones dermatológicas _____

- Medidas preventivas: Cambio postural Colchón antiescaras Cojín antiescaras

Protectores Cuidados UPP

- Observaciones _____

9.- SEGURIDAD.

- Mecanismos de Seguridad: Sensor de movimiento Luz nocturna Barandillas

- Agresividad: No Si (real, potencial, autoagresiv., heteroagresiv., personas, objetos)

- Problema visual: No Si _____ - Problema auditivo: No Si _____

- Observaciones _____

10.- COMUNICACIÓN:

- Estado de conciencia: Alerta Adormecido Confuso Comatoso

- Orientación: Temporal (Si No) Espacial (Si No)

- Lenguaje: Sin alteraciones Afasia Disartria Mutismo

- Observaciones: _____

**Otra información de
interés** _____

CUIDADOS	INDEPENDIENTE	PRECISA AYUDA/SUPERV	DEPENDIENTE
HIGIENE			
ALIMENTACIÓN			
VESTIDO			
ELIMINACIÓN (Uso de WC)			
DEAMBULACIÓN			
ACICALAMIENTO (Autoimagen)			
OBSERVACIONES			

FECHA: ____/____/____

FIRMA:

2. PROTOCOLOS

PROTOCOLO DE DIABETES

La importancia de este problema deriva de su frecuencia y complicaciones crónicas, micro y macrovasculares, constituyendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad, aparte de afectar a la calidad de vida. Un buen control, manteniendo los niveles de glucosa en sangre lo más cercanos posibles a lo normal, puede ayudar a la prevención de éstas.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- Médico.
- D.U.E.

OBJETIVO

- Seguimiento y control de los residentes que tienen Diabetes Mellitus tipo I / tipo II.
- Brindar intervención integral de manera rápida y efectiva a los residentes con hipoglucemia y cetoacidosis diabética, y actuar de manera correcta en ambos casos ante una emergencia.
- Desarrollar proyectos piloto para la mejora de la calidad de vida de los residentes con diabetes.

PLAN DE ACTUACION

- *Comunes:*
 - Detección de factores de riesgo asociados (dieta, alcohol, tabaco, sedentarismo,...).
 - Establecer objetivos y programar reuniones periódicas entre enfermero-médico para el seguimiento.
 - Diagnostico de diabetes.
- Específicos del médico:
 - Evaluación global del residente diabético (etiología y complicaciones).
 - Establecer una pauta de tratamiento adecuado a cada residente.
 - Iniciar la educación sanitaria.
- Específicos de los enfermeros:
 - Seguimiento del diabético mediante revisiones periódicas.
 - Se comunicará al médico en caso de: cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar e hipoglucemia.
 - Educación sanitaria.
- Intercolaboración con el médico:
 - Identificar por grupos a los residentes de cada unidad asistencial.
 - Derivación al médico de los residentes que tengan descompensaciones glucémicas, aparición de efectos secundarios a la medicación, urgencias.

- Plan de actuación:
 - El control a los residentes se realizará:
 - Insulinodependientes: una vez a la semana (mañana y tarde), salvo residentes que presenten valores mayores de 180 mg/dl por la tarde, que se le realizará 2 veces a la semana (mañana y tarde).
 - No insulinodependientes controlados con ADO o dieta: un control a la semana por la mañana.
 - Intolerancia a la glucosa: un control cada 2 meses por la mañana.
 - A los residentes de nueva incorporación en el centro se les realizará un seguimiento para una posible detección precoz, de la diabetes; control 3 días consecutivos (mañana y tarde).
 - En residentes diagnosticados de diabetes con cifras descompensadas, cambio de tratamiento, presencia de un proceso infeccioso o tratamiento con corticoides se realizará DTT 3 días consecutivos (mañana y tarde) y valoración por el médico.
 - Se adelantará el baño matutino a los residentes insulinodependientes para así evitar retrasos a la hora del desayuno.
 - Se administrarán líquidos o suplemento a las 24 horas.

➤ **Consideraciones mezcla manual de insulina:**

- ✓ Limpiar la goma de los viales.
- ✓ Homogenizar la insulina lenta girando el vial entre las manos. No agitarlo para evitar la aparición de burbujas.
- ✓ Cargar siempre primero la insulina rápida y a continuación la retardada.
- ✓ Evitar la formación de vacío en los viales, tras la retirada de la insulina, pinchar con una aguja estéril dichos viales, así evitaremos pinchar múltiples veces los viales para introducir aire en los mismos lo que deteriora el bisel de la aguja y aumenta el dolor tras el pinchazo con esa aguja.

➤ **Consideraciones en la preparación con Pen:**

- ✓ Invertir el Pen 10 veces en caso de que sea insulina retardada.
- ✓ Pinchar la aguja con suavidad para evitar bolsas de aire y seleccionar 2 unidades para purgar el pen.
- ✓ Retirar siempre la aguja después de la administración, para evitar la aparición de burbujas en el Pen lo que hará que la dosis no sea exacta.

➤ **Consideraciones generales:**

✓ **Zonas de inyección:**

Zona lenta → brazos, muslos y glúteos.

Zona rápida → abdomen.

- * Es conveniente elegir una zona concreta para cada una de las inyecciones del día eliminando así la variabilidad en la glucemia entre un día y otro.
- * NO SE DEBEN DE INTERCAMBIAR ZONAS Y HORAS DE INYECCIÓN

✓ **Espesor del tejido subcutáneo**

La insulina debe depositarse en el tejido subcutáneo para que su cinética sea la esperada. Elegir la longitud de la aguja adecuada para cada persona es imprescindible.

La actividad física = Si la zona participa en el ejercicio aumentará la velocidad absorción
El masaje y la aplicación de calor → Aumentan la absorción, **El frío** → Disminuye.

✓ **Técnica de administración**

Coger pellizco con dedos pulgar e índice y no soltar hasta terminar la dispensación.

Esperar 10 segundos antes de extraer el Pen tras la inyección, en caso de administración con jeringa esperar 5 segundos.

Inyección IM → Produce dolor y hematomas. Aumenta la velocidad de absorción.

Inyección Intradérmica → Produce habón y dolor. Disminuye la velocidad de absorción.

Prevención Lipodistrofia → Rotación organizada del punto de inyección dentro de la zona.

No reutilizar las agujas.

Debemos revisar, antes de cada administración, las zonas de inyección de insulina.

✓ **Conservación de la insulina**

La insulina en uso se conserva en perfecto estado durante 28 días a temperatura ambiente (no superior a 30 °C), preservándola del calor y de la luz directa del sol.

La insulina de reserva debe guardarse en el frigorífico, protegida de la luz y a una temperatura no inferior a 4 °C. Temperaturas inferiores a 0 °C destruyen la insulina, y cuando son próximas a los 40 °C alteran su estabilidad disminuyendo la eficacia.

ACTUACION ANTE UN DIABETICO INSULINODEPENDIENTE EN AYUNAS

Ante un residente diabético insulino dependiente que tenga que permanecer en ayunas, se le administrará el 50 % de la dosis de insulina pautaada.

ACTUACIÓN ANTE HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia es un síndrome caracterizado por el descenso de la glucemia plasmática por debajo de 45-50 mg/dl que induce la aparición de síntomas que se resuelven en minutos con la administración de glucosa oral o intravenosa.

El tratamiento va a depender del estado de conciencia del residente:

- Ante un residente consciente: tratar por vía oral con líquidos azucarados (agua o zumos azucarados, 200cc de leche con 1-2 cucharadas de azúcar). Repetir DTT en 10-15 minutos; si continua en hipoglucemia repetir ingesta hasta normalización de glucemia. Una vez normalizada, si no corresponde comida inmediatamente, dar 15 g de hidratos de carbono de absorción lenta (3 galletas, 30 g de pan, 200cc leche + 1 galleta o yogurt + 2 galletas).
- Ante un residente inconsciente o no colaborador no debe forzarse la ingesta por vía oral, perfusión continua de suero glucosado al 5% (100-200ml/h). Si es posible, administrar una ampolla de glucosmon. Determinación de glucemia mediante tira reactiva cada dos horas, y toma de F.C. y F.R.

Ante una hipoglucemia por ingesta de un ADO, hay que tener en cuenta la vida media del ADO. Tenemos que realizar controles de glucemia hasta su eliminación.

ACTUACIÓN ANTE HIPERGLUCEMIA

- Corregir el trastorno hidroelectrolítico mediante reposición de líquidos e iones.
- Corregir el trastorno metabólico mediante la administración de insulina.
- Tratar los factores precipitantes.

* La parte más urgente del tratamiento es la hidratación, ya que sin una buena perfusión periférica la insulina no llega bien a los tejidos. La cantidad de líquidos depende del estado crítico del residente.

Se debe comenzar con:

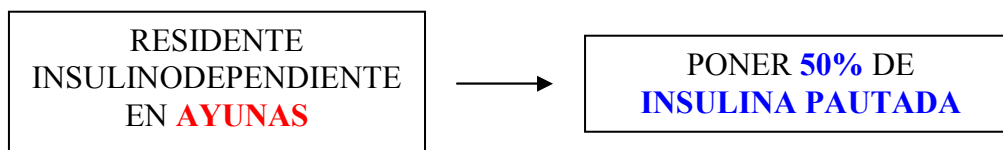
- Aumento de ingesta hídrica vía oral.
- Si no es posible la vía oral, con suero salino isotónico al 0.9% (fisiológico).

* Llevar a cabo un control de DTT cada 2 horas hasta que la glucemia baje de 250 mg/dl.

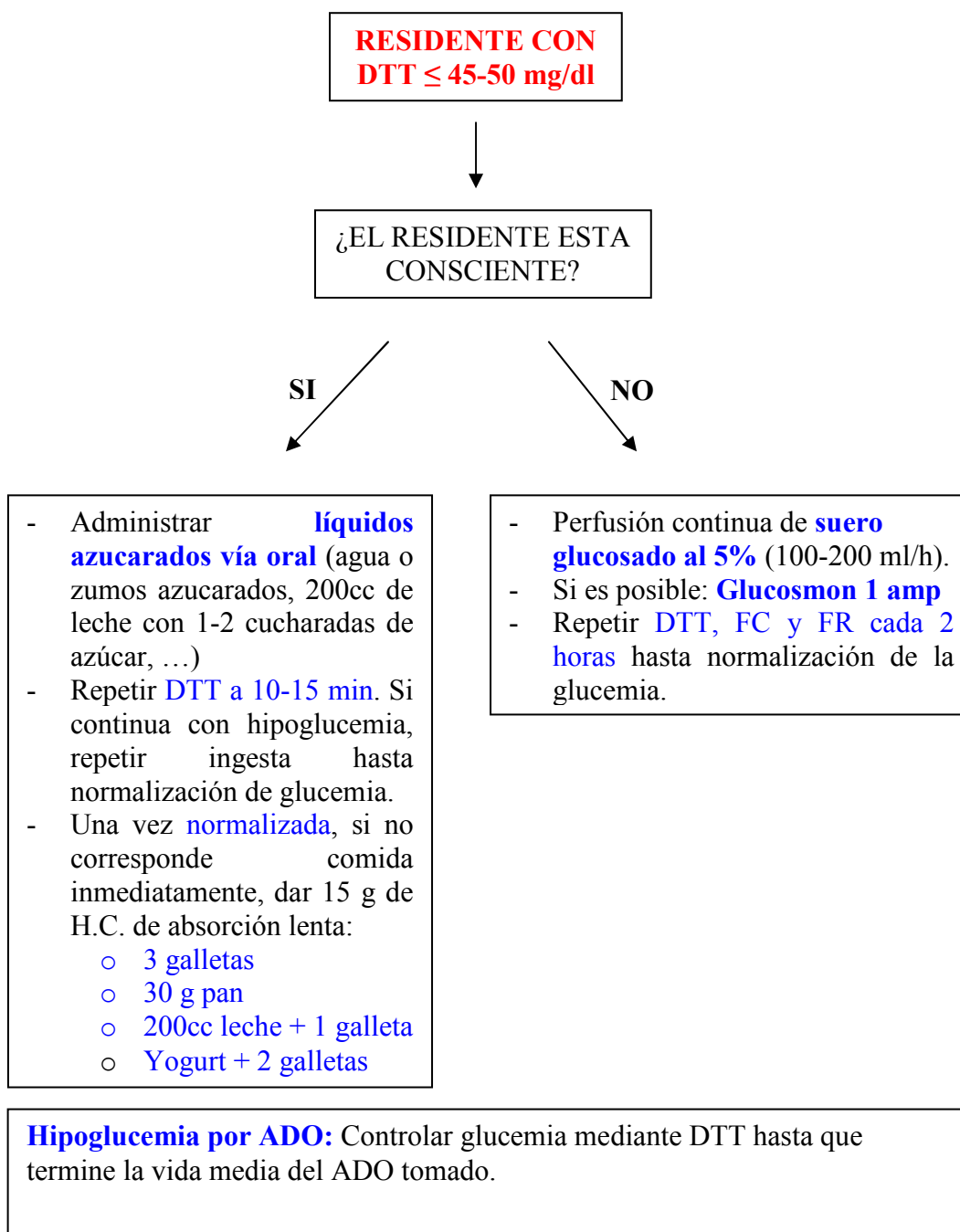
* Ante una hiperglucemia con cifras de DTT \geq 350-400 mg/dl, y **en residentes que no tengan pauta individualizada para las hiperglucemias**; el D.U.E pedirá para el día siguiente analítica urgente:

- Bioquímica: Glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio y amilasa.
- Hemograma.
- Coagulación.
- Orina: Se realizará comburtest:
 - Si presenta cetonuria, glucosuria y/o nitritos se cursará la orina pidiendo un screening.
 - Si presenta nitritos y leucocitos: Se cursará pidiendo screening y cultivo si procede.

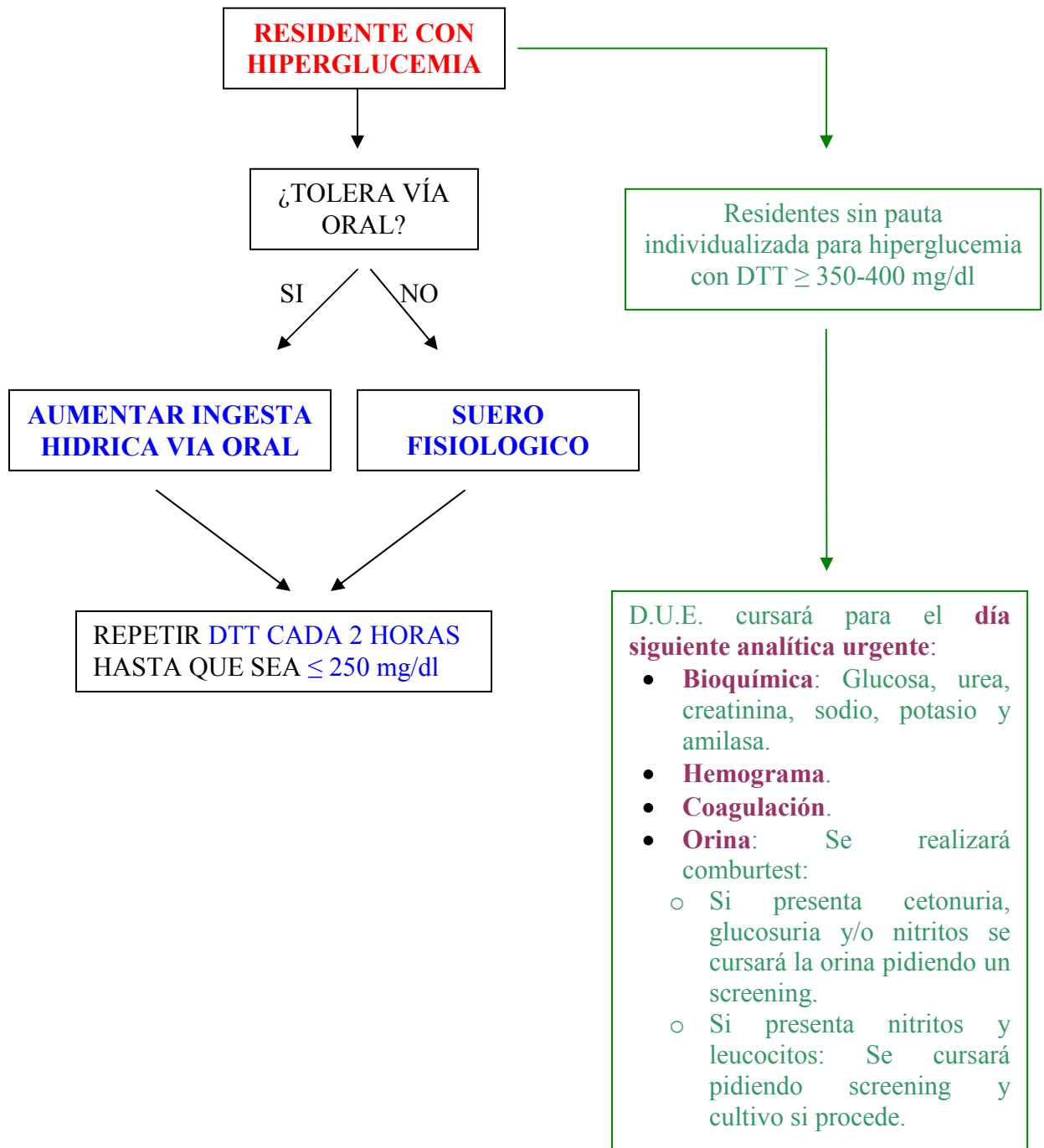
ACTUACIÓN ANTE UN DIABETICO INSULINODEPENDIENTE EN AYUNAS



PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE UNA HIPOGLUCEMIA



PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE UNA HIPERGLUCEMIA



CONTROL DE GLUCEMIA

INSULINODEPENDIENTES:

1 VEZ A LA SEMANA M/T	MAÑANA	TARDE
SEMANA 1 DIA		
SEMANA 2 DIA		
SEMANA 3 DIA		
SEMANA 4 DIA		

*** Si los valores son superiores a 180 mg/dl por la tarde, hacer controles dos veces a la semana, mañana y tarde.**

NO INSULINODEPENDIENTES TRATADOS CON ADO:

1 VEZ A LA SEMANA	MAÑANA
SEMANA 1 DIA	
SEMANA 2 DIA	
SEMANA 3 DIA	
SEMANA 4 DIA	

INTOLERANCIA A LA GLUCOSA:

1 VEZ CADA 2 MESES	MAÑANA
MESES PARES DIA	
MESES PARES DIA	
MESES PARES DIA	
MESES PARES DIA	

HOJA N°: _____

TRATAMIENTO CON INSULINA

NOMBRE	TIPO DE INSULINA	DOSIS

NOMBRE	TIPO DE INSULINA	PAUTA ALTERNATIVA

PROTOCOLO DEL DOLOR

El dolor es una entidad muy frecuente en la tercera edad. De hecho, más de un 40 por ciento de los mayores de 80 años presenta dolor persistente. Además, el tratamiento del dolor en el residente anciano presenta una serie de peculiaridades derivadas de las características propias de la edad, entre las que se encuentran factores socioculturales, la presencia de pluripatología y los cambios fisiológicos que pueden modificar la farmacocinética y la farmacodinámica de los fármacos.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- Médico.
- D.U.E.

OBJETIVOS

- Hacer partícipe al residente de cuales son los mecanismos que sospechamos están en el origen del dolor y cuáles son los objetivos que nos proponemos alcanzar.
- Optimizar el control del dolor.
- Analizar con las posibles opciones terapéuticas anticipando los posibles efectos secundarios y las soluciones que se deben tomar por adelantado.
- Tener presente que una serie de factores modifican la sensación dolorosa, el miedo, la tristeza y el insomnio pueden disminuir el umbral del dolor, mientras que la empatía, comprensión y la mejora del ánimo pueden hacer que el umbral se eleve.

PLAN DE ACTUACION

- Identificar por el DUE la presencia de dolor, localización y el grado de afectación en las actividades de la vida diaria.
- Enseñanza por el DUE sobre las medidas no farmacológicas y derivar al especialista que ayudara a controlar / reducir el dolor.
- Derivar al médico para iniciar tratamiento farmacológico, si no han sido efectivas otras medidas.
- Administrar tratamiento farmacológico por el DUE e identificar posibles complicaciones o efectos secundarios.

VALORACIÓN DEL DOLOR

El problema fundamental que se presenta en el anciano a la hora de valorar el dolor es, la necesidad de **SENTARSE Y ESCUCHAR**.

El anciano muchas veces tiene afasia, no tiene paciencia, no quiere cambiar sus costumbres, tiene una concepción del dolor distinto...y tenemos que ser capaces de captar cómo nos transmite su dolor y sus características.

Lo primero que hay que valorar es la historia clínica, antecedentes, enfermedades, etc.

Es necesario una buena exploración física y captar qué circunstancias rodean a ese dolor:

- **Signos:** Taquicardia, Hipertensión, Sudoración, Hipotensión, Náuseas y vómitos, Ansiedad / depresión, Excitación /apatía, Insomnio.
- **Síntomas:** Alodinia, Analgesia, Anestesia, Hiperalgia, Parestesia, Hiperestesia.

CAUSAS

La causa más frecuente de dolor en ancianos es la patología músculo-esquelética, aproximadamente 80% (dolor articular, dolor de espalda, etc.), originada fundamentalmente en los procesos asociados a la edad como la artrosis, artritis reumatoide, osteoporosis y sus consecuencias, etc. Esta etiología está seguida muy de lejos por dolores neuropáticos (aproximadamente 10%), herpes zoster, neuralgia del trigémino, neuropatía periférica por diabetes, isquemia, etc., y los relacionados con el cáncer (aproximadamente 4%).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Distracción: Conseguir que no centren su vida entera en el dolor y se vuelvan dependientes de ello.
- Ejercicio: Ayuda a la distracción y favorece muchas veces al tratamiento del dolor.
- Estimulación eléctrica transcutánea (TENS).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Utilizar el esquema analgésico según facultativo.
- Si hay presencia de dolor neuropático, es necesario usar los fármacos antidepresivos, anticonvulsivos, corticoides y otros.
- La vía de elección es la oral, aunque muchas veces es bueno asociar la vía transdérmica (por comodidad o polimedición), subcutánea o intratecal (tratamiento crónico).
- Los analgésicos deben ser administrados de forma regular, estos residentes tienden a la automedicación.
 - **Respecto a los opioides:**
 - El uso de opioides no dañan a ningún órgano, son muy buenos analgésicos y son recomendables usarlos en el dolor moderado-severo. Una vez más bien administrados y controlados, no tiene por qué dar lugar a complicaciones.
 - Hay que conocer los efectos secundarios derivados del uso de opioides (náuseas y vómitos, depresión respiratoria, somnolencia, confusión, retención urinaria, estreñimiento) hay que tratar estos efectos secundarios y que los conozca el residente.
 - Explicar la tolerancia a esos efectos sin que disminuya el poder analgésico.
 - La dependencia física y psíquica no es tan importante como en el paciente joven, por lo que el tratamiento puede ser prolongado y de ahí deriva la importancia de tratar los efectos secundarios.
 - Aumentar dosis hasta aliviar el dolor, pero siempre poco a poco.
 - Tratamiento no farmacológico (buscar postura antiálgica)

NORMAS GENÉRICAS EN EL USO DE ANALGÉSICOS

- ✓ En los casos posibles intentar un tratamiento de la etiología del dolor, si ello no es posible probar su alivio de acuerdo a la fisiopatología del mismo.
- ✓ Emplear la vía de administración menos invasiva, preferentemente vía oral.
- ✓ Se preferirán las formulaciones de acción rápida para el manejo del dolor agudo y el episódico. Las formas retardadas se reservarán para el dolor persistente o estable.
- ✓ La dosis será individualizada y se administrará a intervalos establecidos de tiempo. Se preverá de dosis extras en caso de dolor incidente.
- ✓ Seguiremos las pautas establecidas por la Organización Mundial de la Salud en su escalera analgésica.
- ✓ El paracetamol es el fármaco de elección para el dolor leve ó moderado especialmente de origen músculo esquelético en la mayoría de los ancianos.
- ✓ Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) se emplearán con precaución y nunca más de uno a la vez (ver capítulo de AINES).
- ✓ Los opiáceos se emplearán para el dolor severo, en especial si su origen es visceral.
- ✓ Todo residente en tratamiento analgésico por dolor crónico debe ser controlado de forma regular. En especial si los fármacos son AINES y/u opiáceos.
- ✓ Coadyuvantes: fármacos no opiáceos con efecto analgésico para el dolor neuropático son la carbamazepina, gabapentina, amitriptilina, nortriptilina y esteroides. Todos ellos deben ser meticulosamente controlados en ancianos, en especial la carbamazepina y amitriptilina por sus importantes efectos secundarios.
- ✓ Dentro de los fármacos coadyuvantes podemos valorar el empleo de los antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos, anticomiciales y esteroides. En el dolor óseo podemos considerar coadyuvante la calcitonina; y los bifosfonatos si el origen del dolor es una metástasis ósea.
- ✓ No mezclar nunca los opiáceos débiles (codeína, tramadol) con los potentes (morfina, fentanilo), ni tampoco los potentes entre sí, ni AINES entre sí.
- ✓ En general no se deben emplear las asociaciones comercializadas de medicamentos, salvo una asociación muy interesante para los cuidados paliativos que consiste en 500 mg de paracetamol +30 mg de codeína, que permite ahorrar al anciano la ingesta de un medicamento.
- ✓ Las preparaciones de liberación sostenida se emplearán para dolor persistente. El dolor intercurrente o episódico se manejará mejor con formas de liberación no retardada.
- ✓ Los efectos secundarios serán previstos. Se debe pautar un laxante, evitando los que incrementen el volumen de las heces, debiendo monitorizar el ritmo intestinal de forma exhaustiva en todo enfermo con opiáceos. Se debe advertir al residente y familiares de la posible sedación durante los primeros días. Es posible igualmente el desarrollo de un cuadro confusional y náuseas durante los primeros días por lo que se pueden precisar fármacos de acción antiemética y antipsicótica como el haloperidol durante los primeros días del tratamiento.
- ✓ El empleo de opiáceos no garantiza el control del dolor. Puede ser preciso mantener analgésicos de escalones previos y el empleo de otros coadyuvantes según la fisiopatología del dolor. Nunca se han de mezclar opiáceos de diferentes escalones analgésicos ni combinarlos.

ANALGESIAS NO OPIACEAS		
<i>PRINCIPIO ACTIVO</i>	<i>DOSIS RECOMENDADA</i>	<i>PRECAUCIONES</i>
PARACETAMOL*	3g/día c/6-8 h	Hepatopatas. No sobrepasar de 4g/día. No tomar dosis elevadas más de 1 año.
METAMIZOL	1500-6000mg/día c /6-8 horas	Posibilidad de alteraciones hemáticas
IBUPROFENO	800-2400 mg/día c/ 6-8horas	Gastropatía, deterioro de función renal. Descompensación insuf. Cardíaca.
DICLOFENACO	50-150 mg /día c/8-12horas	Gastropatía, deterioro de función renal. Descompensación insuf. cardíaca

ANALGESIAS OPIACEAS		
TRAMADOL	120-160mg/día c/6-8 horas (12 h retard)	Dosis max: 300mg
MORFINA	30-40 mg/día c/4 h (12 retard)	Dosis max: 400mg
FENTANILO	12.5mcg/h c/72 horas.	Dosis máx.:300mcg/h

* Para tratar la hipertermia necesitaremos una dosis de 500 mg, si no remite avisar al médico.

CUADRO DE DOLOR AGUDO

En un cuadro de dolor agudo, se administrará:

- **Metamizol 575 mg:** Será medicamento de elección como analgésico a nivel general (óseo, visceral,...).
- **Paracetamol 1 g:** Se dará como analgésico en caso de no poder dar metamizol.

Si no mejora, o apareciera otra clínica, se avisará al médico para su valoración.

PROTOCOLO DE ELIMINACIÓN INTESTINAL

En este protocolo vamos a desarrollar los temas de estreñimiento, diarrea y obstrucción intestinal.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- Médico
- D.U.E
- Auxiliar de enfermería

OBJETIVOS

- Mantener o restaurar el patrón de defecación habitual.
- Evitar la deshidratación y la alteración del estado nutricional.
- Poner especial atención en los efectos secundarios producidos por los diversos tratamientos y la repercusión en las actividades de la vida diaria.
- Valorar y planificar los cuidados de enfermería de los diversos síntomas y complicaciones para conseguir el máximo bienestar.
- Aumentar su tono muscular, en especial el abdominal, mediante un incremento de la actividad física.

PLAN DE ACTUACIÓN

- Registrar por el DUE y Auxiliar de enfermería el número de deposiciones, características y posibles complicaciones.
- Vigilar si aparecen complicaciones o efectos secundarios al tratamiento, entre el DUE y Médico.
- Valorar por el DUE el grado de afectación en las actividades de la vida diaria.

ESTREÑIMIENTO

Es el descenso en la frecuencia de las deposiciones, menos de 3 a la semana, que puede deberse a un paso dificultoso de heces secas y que, ocasionalmente, se acompaña de sensación de evacuación incompleta. Es un problema muy frecuente en las personas mayores, sobre todo en las que sufren inmovilidad. La defecación diaria puede llegar a convertirse en una auténtica obsesión en el anciano, produciendo gran ansiedad. Por ello hay que informarles de que no es necesario la defecación diaria y que el mínimo aconseja son 3 deposiciones a la semana.

CAUSAS

El estreñimiento puede producirse por:

- Dieta pobre en fibra y agua.
- Desinterés por defecar en residentes con demencia, deprimidos, inmovilidad, obligación de mantenerse en cama.
- Abusos de laxantes.
- Anomalías en la movilidad intestinal producidas por enfermedades como la diabetes, trastorno del sistema nervioso, etc.

- Alteraciones inflamatorias: hemorroides, fistulas, etc.
- Alteraciones obstructivas: tumores.
- Efectos secundarios al fármaco.

COMPLICACIONES

Las complicaciones del estreñimiento son:

- Impactación fecal: Bolo fecal seco y duro en el recto que no deja pasar más heces y que produce obstrucción de todo el intestino, con obstrucción de la vejiga (produce retención de orina).
- Fisuras anales y hemorroides.
- Dolor: El estreñimiento puede provocar dolor o aumentar el ya existente.
- Obstrucción intestinal: por formación de fecalomas, que es la causa más frecuente en pacientes terminales.
- Diarrea: Un residente que lleve muchos días sin defecar y comience con una diarrea brusca, puede ser debido a una diarrea de rebosamiento al tener fecalomas que obstruyen la luz intestinal.
- Disfunción urinaria: con incontinencia, provocada por la compresión de los esfínteres de la vejiga por una impactación fecal.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR EL ESTREÑIMIENTO

- ✓ Reeducación del ritmo intestinal:
 - Responder al deseo de defecar sin tardanza.
 - Iniciar una rutina que consiste en intentar que defeque a diario, aunque no se sienta la necesidad, a una hora fija, preferentemente de 15 a 60 minutos después de alguna comida principal.
 - Disponer del tiempo suficiente para la defecación, por lo que conviene permanecer en el inodoro al menos de 10 a 20 minutos.
 - Adoptar una posición adecuada en cuclillas o sentado, elevando los pies sobre un taburete bajo, mientras se inclina el cuerpo ligeramente hacia adelante. Puede ser útil masajear la región abdominal.
 - El residente debe encontrarse cómodo en un lugar cálido y privado. Utilizar siempre que sea posible el inodoro, que debe tener una altura adecuada. El empleo de la cuña supone un gran esfuerzo muscular, además de que se producen olores y ruidos, elementos vergonzosos para el residente.
- ✓ Medicamentos que sirven para ablandar las heces. Deben administrarse sólo bajo prescripción médica.
 - El abuso de laxantes daña la mucosa intestinal e inhibe el funcionamiento intestinal normal. Son frecuentes las diarreas con grandes cantidades de moco. Las personas mayores se quejan de molestias abdominales, flatulencia, lengua seca y pastosa, mal gusto de boca, dolor de cabeza, etc.
 - Supositorios de glicerina. Poner si el residente lleva 3 días sin defecar. Para su correcta administración, el residente tiene que estar echado sobre el lado izquierdo con las rodillas encogidas sobre el pecho. Deben separarse las nalgas y el supositorio se introduce con un dedo enguantado unos 3 cm en el recto, con la punta hacia delante. En residentes no colaboradores apretar las nalgas durante unos minutos. Unos 15 ó 30 minutos después, la persona experimenta un deseo fuerte de evacuar.

- Enemas de limpieza comercializados. Deben ponerse si pasan más de 4 días sin defecar. Para ello se recomienda al residente que orine antes de poner el enema de limpieza. En residentes no colaboradores apretar las nalgas durante unos minutos.
- ✓ Tratamiento farmacológico: derivar a prescripción médica.
- ✓ Tratamiento no farmacológico
 - DIETA: es una de las primeras medidas. Se intentará un incremento de la ingesta rica en fibras y también aumentar de manera muy importante la ingesta de líquidos.
 - INTENTAR AUMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA: caminar, terapia ocupacional,...
 - MASAJE ABDOMINAL: puede ser útil en el tratamiento laxante en estreñimientos por opioides o disminución del peristaltismo.

PLAN DE ACTUACIÓN

- Según valoración:
 - ✚ 3^{er} día sin defecar, tras indicación del D.U.E, el auxiliar administrará vía rectal supositorio de glicerina – Micralax.
 - ✚ 4^o día sin defecar, tras valoración del D.U.E. :
 - El auxiliar de Enfermería administrará enema casen.
 - Si heces altas con molestias o sintomatología aplicar enema de limpieza.
 - ✚ 5^o día sin defecar: el D.U.E realizará tacto rectal para descartar fecaloma:
 - si presenta fecaloma se realizará extracción manual
 - si no presenta fecaloma, avisaremos al médico que lo valore.
- **El enema casen si no precisa la utilización de sonda rectal será aplicado por el auxiliar de enfermería.**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ✓ Valorar hábitos de defecación y consistencia de las heces.
- ✓ Saber cuando fue la última defecación.
- ✓ Registro y valoración diaria de deposiciones.
- ✓ Uso profiláctico de laxantes (bajo prescripción).
- ✓ Favorecer ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibras.
- ✓ Aumentar el ejercicio físico moderado, siempre que sea posible.
- ✓ Proporcionar intimidad en el momento de la evacuación.
- ✓ Procurar, siempre que sea posible, que el residente defeque en el baño.
- ✓ Realización de tacto rectal, si en cinco días no hay defecación, para comprobar la presencia de fecaloma.

ENEMAS

MATERIAL

- Un soporte de suero (enema 1000ml).
- Un irrigador de 1-1,5 litros. .
- Una cuña.
- Una toalla.
- Una almohadilla.
- Dos pares de guantes.
- Lubricante anestésico hidrosoluble.
- Sonda rectal

Enema de limpieza 250 ml

- La cantidad de solución será de 250 ml.
- La preparación de la misma será:
 - Agua.
 - Lactulosa.
 - Aceite de oliva 10%.
 - Un Micralax.

Enema de limpieza 1.000 ml

- Agua templada (38-40 °C).
- Lactulosa.
- 10% de aceite de oliva.
- 2 Micralax.
- Sal.

OBSERVACIONES

- El enema se aplica adosándolo a la sonda rectal.
- Averiguar hábito de defecación del residente.
- Averiguar cuándo fue la última defecación así como la cantidad y consistencia de las heces.
- Valorar el tipo de alimentación del residente para adecuarlo a sus necesidades. Ingesta de líquidos, actividad, etc.
- Valorar signos de una posible obstrucción intestinal (estreñimiento, vómitos, distensión abdominal).
- Hacer tacto rectal previa administración de lubricante anestésico hidrosoluble para detectar la presencia de fecalomas.
- Los preparados comerciales pueden administrarse directamente con la cánula lubricada, comprimiendo el envase hasta su total vaciado.
- La temperatura de la solución será de unos 35°.
- Ante cualquier indicativo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitations, etc.) detener la infusión.
- Comprobar que no existen contraindicaciones para administrar el enema.

PREPARACIÓN DEL RESIDENTE

- Valorar el grado de conocimiento del residente sobre el enema de limpieza.
- Explicarle el procedimiento que se le va a realizar, de forma que sus necesidades individuales queden cubiertas.
- Explicarle que debe procurar retener la solución durante 10 minutos.
- Poner hule o protector en la cama.
- Poner al residente en decúbito lateral izquierdo, si no existe ninguna contraindicación.
- Invitarle a que flexione ambas rodillas, la superior más flexionada que la inferior.
- Poner la almohadilla debajo de las caderas para garantizar su comodidad.
- En residentes continentales llevar al baño y sino es posible colocar cuña en cama.

PROCEDIMIENTO

- ❑ Lubricar los últimos 8 cm de la cánula.
- ❑ Purgar el sistema de irrigación.
- ❑ Separar las nalgas e introducir la cánula 10-12 cm, indicarle que inspire e introducir lentamente rotando para evitar fisuras.
- ❑ Iniciar la irrigación, manteniendo el irrigador unos 60 cm por encima del residente. Si el residente se queja de cólico o siente ganas de defecar, suspender la irrigación. Al finalizar la irrigación, procurar que el residente retenga la solución durante 10 minutos, cambiándole de posición si fuese preciso.
- ❑ Poner al residente a evacuar el enema.
- ❑ Valorar la efectividad del enema.
- ❑ Terminada la defecación, hacer tacto rectal asegurando la no existencia de fecalomas.
- ❑ Si quedasen fecalomas, proceder a la extracción manual.

EXTRACCIÓN MANUAL DE UN FECALOMA

OBJETIVO

Extraer manualmente masas fecales acumuladas y endurecidas que se encuentran en el tramo inferior del intestino y que el residente no puede expulsar por sí mismo.

MATERIAL

- Guantes desechables.
- Lubricante anestésico hidrosoluble.
- Material para el aseo del residente (toalla, palangana y jabón).
- Un hule o un protector para la cama.
- Una cuña o un recipiente para recoger las heces.

PROCEDIMIENTO

- ❑ Lávese las manos y enfúndese un guante en la mano no dominante y dos guantes en la mano dominante (evita la contaminación si se rompe el guante externo).
- ❑ Explíquese al residente el procedimiento y solicite su colaboración
- ❑ Ayude al residente a colocarse en decúbito lateral preferentemente izquierdo, con las rodillas ligeramente flexionadas.
- ❑ Ponga el hule o el protector bajo las caderas del residente y esponga solo las nalgas.
- ❑ Sitúe a mano la cuña o el recipiente donde vaya a depositar las heces.
- ❑ Vacíe una o dos cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble en la ampolla rectal del residente y espere unos diez minutos a que haga efecto.
- ❑ Lubrique abundantemente el dedo índice de su mano dominante.
- ❑ Comuníquese al residente que va a comenzar el procedimiento. Sugíerale que inspire profundamente y que espire con lentitud, ya que así se promueve la relajación del esfínter anal externo. A continuación indíquele que realice un esfuerzo defecatorio y aproveche ese momento para introducir el dedo índice en el recto (hágalo delicadamente y en dirección al ombligo).
- ❑ De manera suave, realice movimientos rotatorios con su dedo índice, para así romper el fecaloma, en forma de tijera con el 2º y 3º dedo.
- ❑ Con un movimiento de retracción del dedo, extraiga los fragmentos que haya obtenido y dépositelos en la cuña. Repita esta operación varias veces hasta que consiga retirar la mayor cantidad posible de heces, pero tenga en cuenta que:
 - Es conveniente realizar pequeñas pausas para favorecer tanto el descenso de la masa fecal como el descanso del residente.
 - Se debe suspender el procedimiento ante la aparición de sangrado, de dolor anal intenso o de cualquier indicativo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitations).
 - Si el fecaloma es muy grande, se debe valorar la posibilidad de extraerlo en varias sesiones.
- ❑ Finalizada la extracción, limpie la zona anal, cubra al residente, retire la cuña y deseche las heces. A continuación, quítese los guantes volviéndolos al revés y dépositelos en el recipiente adecuado.
- ❑ Proceda nuevamente a lavarse las manos y a enfundarse unos guantes.
- ❑ Coloque al residente sobre la cuña o acompañelo al inodoro (la estimulación digital puede inducir el reflejo de defecación).
- ❑ Una vez finalizado todo el procedimiento, realice el aseo del residente.

CONSIDERACIONES DEL PROCEDIMIENTO

- ✓ Durante la extracción del fecaloma es importante que el residente esté relajado y que colabore.
- ✓ Tras la extracción del fecaloma es conveniente administrar un enema de limpieza, con el fin de extraer el contenido fecal restante.

DIARREA

Es la evacuación de tres o más veces de heces en forma líquida/día. La diarrea en residentes puede ser causada por:

- Exceso de laxantes.
- Fecaloma con sobreflujo o pseudodiarrea
- Secundaria a radioterapia.
- Malabsorción.
- Infecciones.
- Secundaria a fármacos.
- Obstrucción intestinal parcial.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Estos cuidados tendrán como objetivo conservar la integridad de la piel, manteniendo limpio y seco al residente, y reforzando psicológicamente para evitar la pérdida de su autoestima:

- ✓ Mirar registro de deposiciones y hacer tacto rectal para descartar pseudodiarreas.
- ✓ Realizar higiene perianal después de cada deposición y lo antes posible.
- ✓ En el aseo no utilizar productos irritantes y si las deposiciones son muy frecuentes utilizar solamente agua.
- ✓ Colocar absorbentes o empapadores en la cama y cambiarlos cada vez que sea necesario.
- ✓ Si el residente está inconsciente, revisar de forma periódica el absorbente o empapador.
- ✓ No utilizar el término pañal delante del residente, para conservar su autoestima.
- ✓ Dieta astringente (durante tres días y valoración médica), según estado general del residente, siempre que no exista obstrucción intestinal.
- ✓ Incrementar la ingesta de líquidos, si el estado el residente lo permite, para evitar la deshidratación.
- ✓ Si la causa de la diarrea es impactación fecal, utilizar enemas de limpieza.
- ✓ Aplicar en la zona perianal pomadas protectoras, para evitar maceración de la piel.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Es la detención completa y persistente del tránsito gastrointestinal por oclusión de la luz y/o alteraciones de la motilidad intestinal.

La obstrucción intestinal puede ser provocada por:

- Crecimiento tumoral.
- Impactación fecal.
- Secundaria al tratamiento:
 - Quirúrgico: por aparición de adherencias.
 - Radioterapia: por aparición de fibrosis.

Los signos de alerta que nos pueden hacer sospechar de la existencia de obstrucción intestinal:

- Diarrea-estreñimiento.
- Pseudodiarrea.
- Ausencia de ruidos intestinales /ruidos metálicos
- Distensión abdominal.
- Dolor cólico.
- Vómitos característicos.

- TRATAMIENTO

Valorar por el médico.

CLASIFICACION Y TIPO DE LAXANTES

GRUPO	TIPOS	TIEMPO DE ACCION	DOSIS/ VIA	EFFECTOS SECUNDARIOS
Formadores de masa	Salvado de trigo	24-48 h	15-30g/24h vía oral	Distensión abdominal
	Plantago ovata	24-48h	15-30g/24h vía oral	Flatulencias
Osmóticos	Lactulosa	24-48h	10-30 ml/24h vía oral	Dolor abdominal
	Lactitol	24-48h	10-30 gr/24 gr vía oral	Dolor abdominal
	Polietilenglicol	12-24h	0.5-2 l/24 h vía oral	Depleción electrolitos
	Glicerina	1-2h	700mg vía rectal	Irritación local
	Enema micralax	10-30 min	5 ml vía rectal	Irritación local
	Enema Fosfatos	10-30 min	125 ml vía rectal	Hiperfosfatemia

CONTROL INTESTINAL

	CONTINENTE	INCONT. OCASIONAL	INCONTINENTE	AYUDAS	N° DEPOSC.			ABSORBENTE DIA	ABSORBENTE NOCHE
					M	T	N		
DIA 1									
DIA 2									
DIA 3									
DIA 4									
DIA 5									
DIA 6									
DIA 7									

PROTOCOLO DE HIGIENE

Dentro de la higiene se engloban todas las actividades que tienden a conservar la salud. Para el cuidado de la piel sana, la principal actividad es su limpieza e hidratación. Las úlceras por presión afectan principalmente a personas de más de 60 años, su repercusión en el pronóstico del anciano puede ser más relevante que la propia enfermedad subyacente, este hecho es potencialmente reversible y a distintos niveles prevenibles a través del cuidado basado en la higiene.

La piel debe ser objeto de vigilancia extrema en cuanto a sus características: color, textura, turgencia, vascularización, humedad y temperatura. Las áreas de presión o puntos de apoyo de las prominencias óseas deben observarse minuciosamente para confirmar su integridad o detectar de forma precoz alguna modificación en su estructura.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- Auxiliar de enfermería.

OBJETIVOS

- Conservar la piel en perfecto estado de limpieza.
- Colaborar en el mantenimiento del estado de bienestar físico y psíquico del residente.
- Evitar que aparezcan úlceras por presión e infecciones.
- Estimular la circulación.
- Proporcionar comodidad y mejorar el estado psicológico del residente.

PLAN DE ACTUACIÓN

- Establecer higiene rutinaria según planilla entre supervisores, DUEs y auxiliar de enfermería.
- Valorar por el personal, DUE y Auxiliar de enfermería, la necesidad de realizar baños no incluidos en la planilla.
- Registrar los cortes de uñas por el Auxiliar de enfermería.
- Valorar según DUE y Auxiliar de enfermería el derivar al residente a podología, barbero y peluquería.

RECOMENDACIONES GENERALES

- ✓ Es conveniente informar al residente de los actos a efectuar y mantener la comunicación verbal durante la higiene.
- ✓ La temperatura de la habitación debe de ser agradable y la luz tamizada.
- ✓ Extremar la higiene en las zonas de apoyo.
- ✓ Tener todos los elementos a utilizar preparados de antemano.
- ✓ Para respetar su intimidad, no dejar al residente totalmente descubierto y evitar la presencia de personas que no colaboren en la higiene.
- ✓ No retirar los apósitos de úlceras si no está indicado por el DUE.
- ✓ El equipo de enfermería, determinará el número de baños semanales, ayudas técnicas necesarias (asideros, asientos, silla geriátrica, bañera geriátrica,...).
- ✓ En un principio ayudar a realizar las tareas de baño, aseo y progresivamente implicarlo en ellas, desarrollando así su independencia.

- ✓ Valorar las dificultades reales que le impiden el autocuidado.
- ✓ Valorar la situación del residente (fatiga, cansancio) para evitar un aseo excesivamente largo.
- ✓ Enseñar hábitos de aseo si los que tiene son defectuosos: uso de pañuelos, manejo de excrementos y esputos, lavado frecuente de manos, promover el aspecto aseado como forma de ser mejor aceptado por los demás, reforzar positivamente las conductas de autocuidado y limpieza.

HIGIENE RESIDENTE BAJO SUPERVISIÓN Y AYUDA

Se realizará el aseo diario del residente y la ducha al menos dos veces a la semana. El aseo consistirá en la higiene de: cara, manos, axilas y genitales.

- **PERSONAL:** 1 auxiliar de enfermería.

▪ MATERIAL

Se acomodará a las necesidades del residente.

- Guantes - Esponjas – Jabón neutro - Palangana - Torundas
- Peine - Toallas – Colonia - Lociones hidratantes
- Cepillo de Dientes – Pasta dentrífica y en caso necesario utilizar: Gasa, depresores y colutorio.
- Ropa de vestir o camisón (según precise)
- Secador (si precisa). - Maquinilla de afeitarse (si precisa)
- Tijeras o alicates de uñas (si precisa)

▪ PROCEDIMIENTO

- Explicar la importancia de la higiene corporal.
- Valorar la autonomía del lavado en aquello que pueda realizar con ayuda o pueda realizar solo.
- Comprobar el material.
- Acompañar al baño si es necesario.
- Dejar todo el material a su alcance.
- Si es preciso, ayudar e incidir en las zonas difíciles: perineal, pies, espalda...
- Ayudar a salir de la ducha, secarse y vestirse.

HIGIENE RESIDENTE DEPENDENCIA PARCIAL

La ducha se realizará al menos dos veces a la semana o cada vez que precise el residente (puede ser con bañera o silla geriátrica), y el aseo (cara, manos, axilas, espalda, tórax y genitales) del residente será el resto de días y en cama siempre que sea necesario.

- **PERSONAL:** 1 o 2 auxiliares de enfermería.

▪ MATERIAL

Se acomodará a las necesidades del residente.

- Guantes - Esponjas – Jabón neutro - Palangana - Torundas
- Peine - Toallas – Colonia - Lociones hidratantes
- Cepillo de Dientes – Pasta dentrífica y en caso necesario utilizar: Gasa, depresores y colutorio.
- Ropa de vestir o camisón (según precise)
- Secador (si precisa). - Maquinilla de afeitarse (si precisa)

- Tijeras o alicates de uñas (si precisa)

▪ **PROCEDIMIENTO**

- ❑ Explicar la atención que se le va a prestar y valorar con él la autonomía del lavado en aquello que él pueda realizar solo o con ayuda.
- ❑ Llevar al baño con ayuda de silla de baño o bañera geriátrica (si es preciso) y respetando el pudor y la intimidad del residente.
- ❑ Acomodar en la ducha, si es preciso en una silla de baño.
- ❑ Duchar con agua y jabón incidiendo en zonas especiales.
- ❑ Secar la cara.
- ❑ Hidratar la piel y proceder a su secado y vestido. Insistir en el secado de los pliegues cutáneos y pies.
- ❑ Observar zonas de presión y aplicar ácidos grasos hiperoxigenados, si precisa.
- ❑ Acomodarlo en la cama o en la silla.
- ❑ Realizar higiene de boca según procedimiento. Utilizar ayudas mecánicas si se precisa (grúa). Una vez finalizado el baño, recoger todo el material utilizado, manteniendo el orden y limpieza del mismo.

HIGIENE RESIDENTE DEPENDENCIA TOTAL

El baño se realizará en bañera o silla geriátrica, y el aseo (cara, manos, axilas, espalda, tórax y genitales) se realizará en cama.

▪ **PERSONAL:** 1 ó 2 auxiliares de enfermería.

▪ **MATERIAL**

Se acomodará a las necesidades del residente.

- Guantes - Esponjas – Jabón neutro - Palangana - Torundas
- Peine - Toallas – Colonia - Lociones hidratantes
- Cepillo de Dientes – Pasta dentrífica y en caso necesario utilizar: Gasa, depresores y colutorio.
- Ropa de vestir o camión (según precise)
- Secador (si precisa). - Maquinilla de afeitar (si precisa)
- Tijeras o alicates de uñas (si precisa)

▪ **PROCEDIMIENTO**

- ❑ Explicar la atención que se le va a prestar y facilitar su participación.
- ❑ Negociar su colaboración en el aseo.
- ❑ Valorar si el residente necesita afeitado.
- ❑ Colocar la toalla debajo del mentón y realice higiene de boca según procedimiento.
- ❑ Retirar la ropa de encima del residente y deje solo la sabana encimera.
- ❑ Lavar, enjuagar y secar: cara, orejas y cuello.
- ❑ Retirar la almohada y mantener incorporado al residente, si es posible.
- ❑ Lavar los ojos con torundas desechables humedecidas en agua templada (sin jabón) utilizando una para cada ojo, se procederá siempre a lavar desde la parte interna hacia la parte externa del ojo.
- ❑ Después del enjuagado de la cara con agua templada, se procederá siempre al secado cuidadoso.
- ❑ Si es preciso limpiar conducto auditivo (no introducir bastoncillos) y aletas de la nariz se utilizaran una torunda de algodón humedecida en agua templada.

- ❑ Lavar el tronco, en las mujeres lave enjuague y seque cuidadosamente las regiones submamarias.
- ❑ Lavar los brazos desde la muñeca hasta la axila, secar bien.
- ❑ Cuidar esmeradamente los pliegues de la región abdominal manteniéndolos secos.
- ❑ Siempre que sea posible colocar las manos del residente en la palangana, si fuera preciso lavar, cepillar y recortar las uñas.
- ❑ Colocarle de lado y lavarle la espalda, friccionando suavemente con movimientos circulares para estimular la circulación.
- ❑ Lavar, enjuagar y secar piernas y pies. Si es preciso introduzca los pies en la palangana de agua colocando debajo de los muslos una almohada para mantener las piernas flexionadas.
- ❑ Secar y aplicar cremas hidratantes.
- ❑ Lavar, cepillar y recortar las uñas siempre horizontalmente cuando sea necesario.
- ❑ Especial atención en espacios interdigitales, séquelos con esmero.
- ❑ Realizar el aseo perineal según procedimiento.
- ❑ Lavar el cabello si fuera preciso, según procedimiento.
- ❑ Realizar el cambio de ropa de la cama.
- ❑ Poner la ropa al residente.
- ❑ Ayúdele a colocarse en una postura cómoda y adecuada a sus necesidades (con la ayuda de medidas técnicas que precise).
- ❑ Una vez finalizado el baño, recoger todo el material utilizado, manteniendo el orden y limpieza del mismo.

HIGIENE DEL CABELLO

Se realizará dos veces por semana en el baño o cuando lo precise.

HIGIENE DE LOS OJOS

▪ MATERIAL

- Gasas - Suero salino - Guantes

▪ PROCEDIMIENTO

- ❑ Lavar los ojos con una gasa humedecida con agua templada (sin jabón), suero fisiológico.
- ❑ Utilizar siempre una gasa para cada ojo.
- ❑ Proceder siempre a limpiar desde la parte interna hacia la parte externa del ojo.
- ❑ Secar cada ojo por separado.

HIGIENE CONDUCTO AUDITIVO Y FOSAS NASALES

▪ MATERIAL

- Gasas - Suero fisiológico - Guantes

▪ PROCEDIMIENTO

- ❑ Humedecer con agua o suero salino la gasa.
- ❑ Introducir en el orificio y limpiar suavemente y sin forzar.
- ❑ Utilizar una gasa para cada orificio.
- ❑ Secar.
- ❑ Recoger, limpiar y ordenar el material.
- ❑ Lavarse las manos.
- ❑ Una vez realizado el baño y para evitar la formación de micosis, introducir unas gotas de alcohol bórico al 2% dentro del conducto auditivo, este tipo de alcohol puede sustituirse por alcohol de 70%.

HIGIENE BUCAL

▪ MATERIAL

- Cepillo y pasta de dientes - Batea - Vaso con agua - Torundas - Antiséptico
- Vaselina - Toalla

▪ PROCEDIMIENTO

Anciano capacitado

- ❑ Colocar una toalla en el tórax.
- ❑ Se le acerca el cepillo, la pasta y un vaso con agua.

Anciano discapacitado

- ❑ Lavarse las manos y ponerse guantes.
- ❑ Colocar al residente en posición lateral.
- ❑ Humedecer una torunda en antiséptico.
- ❑ Limpiar el interior de la boca: deprimiendo la mandíbula con la mano izquierda, con la derecha introducir la torunda y limpiar en sentido transversal para evitar nauseas.
- ❑ Limpiar todo el interior de la boca y dientes.
- ❑ Secar alrededor de la boca.
- ❑ Hidratar los labios.
- ❑ Acomodar al anciano.

PROTESIS DENTALES

- ✓ Cepillarlas con dentífrico y cepillo después de cada comida.
- ✓ Enjuagar la boca con colutorio o solución antiséptica.
- ✓ Si es necesario asear la boca con torunda.
- ✓ Lavar la dentadura con jabón neutro y dejarla una vez por semana sumergida en un vaso de agua con una pastilla antiséptica (se establecerá en cada unidad el día indicado).

S.N.G

- Es necesario cuidar la higiene bucal. Deben cepillarse los dientes y la lengua con pasta dentífrica, dos veces al día.
- Es recomendable efectuar enjuagues con agua o con solución antiséptica para refrescar la boca.

AFEITADO EN EL ANCIANO

▪ PRECAUCIONES

- ✓ Valorar el estado.
- ✓ Comprobar si toma medicamentos anticoagulantes o lleva marcapasos.
- ✓ Si toma anticoagulantes optar por maquinilla eléctrica, si lleva marcapasos realizar el afeitado con cuchilla.
- ✓ No afeitar sin permiso médico cuando la cara este inflamada o con erosiones.

▪ MATERIAL

- Maquinilla - Toalla - Loción - Guantes

▪ PROCEDIMIENTO

- Informar al residente.
- Colocar en posición adecuada valorando cada caso.
- Rasurar con delicadeza.
- Aplicar loción hidratante.

HIGIENE PIES Y MANOS

▪ MATERIAL

- Cepillo de uñas - Jabón - Corta uñas y lima - Crema hidratante - Toalla
- Guantes

▪ PROCEDIMIENTO

- Informar al residente.
- Introducir los pies, si es posible en una palangana con agua caliente.
- Cepillar las uñas.
- Secar prestando especial atención en los espacios interdigitales.
- Cortar las uñas de los pies en recta y curva de las manos.
- Limar si es preciso.
- Aplicar crema hidratante, no poner en espacios interdigitales.
- Aplicar polvos antimicóticos según prescripción facultativa.

HIGIENE PERINEAL

▪ MATERIAL

- Palangana con agua templada - Jarra con agua templada - Esponja – Jabón neutro
- Cuña – Guantes

▪ PROCEDIMIENTO

Hombre

- Colocar la cuña.
- Empezar por lavar los genitales externos.
- En el pene se retira el prepucio y se lava el glande.
- Se aclara echando agua con la jarra.

- ❑ Secar suavemente.
- ❑ Colocar el prepucio hacia delante para evitar edema de glande.
- ❑ Posteriormente se realiza el aseo en la región anal.

Mujer

- ❑ Colocar en posición ginecológica con la cuña bajo las nalgas.
- ❑ Se enjabona y se aclara echando agua con la jarra.
- ❑ Se seca de arriba abajo por orden: pubis, labios mayores, labios menores, vestíbulo perineal y región anal.
- ❑ Posteriormente se realiza el aseo en la región anal.

SONDA VESICAL

Observar el área alrededor del meato urinario para ver si existe inflamación, olor o supuración, después de limpiar la zona perineal, se limpia la sonda con movimientos circulares empezando por el meato y prolongando unos centímetros. Aplicar una solución antiséptica (povidona yodada 10%) en esta zona.

PROTOCOLO DE HIPERTENSION ARTERIAL

La Hipertensión arterial tiene gran prevalencia en ancianos. La importancia de este protocolo estriba en su importante repercusión en patologías cardio y cerebro vasculares y la necesidad de medidas de control eficaces.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- Médico.
- D.U.E.

OBJETIVOS

- Objetivo Principal:
 - Seguimiento y control de los residentes que tienen, han tenido o pueden tener H.T.A.
- Objetivos Específicos:
 - Estandarizar mediante PROTOCOLO las acciones a seguir en caso de HIPERTENSION, URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
 - Evitar tomas falsas o innecesarias de T.A., mediante la reevaluación continua con el médico, de los residentes estables en un periodo de tiempo.

FUNCIONES DEL EQUIPO

- Comunes:
 - Diagnostico de H.T.A. (3 veces seguidas).
 - Detección de factores de riesgo asociada (Tabaco, alcohol,...).
 - Establecer objetivos y programación de las reuniones periódicas cada seis meses (Enfermero – Médico) de seguimiento.
 - Mantenimiento de los sistemas de registro.
- Específicos del médico:
 - Evaluación global del residente hipertenso (Etiología y complicaciones).
 - Establecer el tratamiento adecuado a cada residente.
 - Iniciar la educación sanitaria.
- Específica del enfermero:
 - Seguimiento del hipertenso mediante reuniones periódicas.
 - Se comunicará al médico en caso de:
 - DETECCION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACION
 - HTA NO CONTROLADA
 - Educación sanitaria.
- Intercolaboracion con el médico:
 - Identificar a los residentes de cada unidad asistencial.
Catalogarlos en:
 - Residentes con H.T.A. leve (Fase I) T.A.S. 140-159 o T.A.D. 90-99
 - Residentes con H.T.A. moderada (Fase II) T.A.S. 160-179 o T.A.D. 100-109
 - Residentes con H.T.A. grave (Fase III) T.A.S. 180 o T.A.D. ≥ 110

La T.A. optima estará T.A.S. 120mmhg y T.A.D. \leq 80mmhg. Se considerara hipertensión según la OMS a aquellos residentes que en 3 tomas consecutivas superen las cifras de 140/90mmhg

- Derivación al médico en los supuestos de:
 - Descompensación.
 - Falta de adherencia al tratamiento.
 - Aparición de efectos secundarios de los medicamentos (hipotensión, nauseas, sincope, deshidratación, fotosensibilidad, tos,.....).
 - Urgencias Hipertensivas o Emergencia Hipertensiva (TAS \geq 180, TAD \geq 110).

PLAN DE ACTUACIÓN

- A todos los residentes asintomático se les tomará la T.A. 1 vez cada 2 meses (meses pares – impares).
- Al residente que ingrese en el centro se le tomara la T.A. cada 12 horas durante 3 días consecutivos, sea o no sea hipertenso para una `posible detección precoz.
- La toma de T.A. de los crónicos se realizará:
 - En estado basal del residente, a poder ser antes de levantarse de la cama.
 - Antes de la toma de medicación antihipertensiva, sin haber fumado, comido, ni realizado esfuerzo.
 - A residentes cardiópatas toma de FC.
- Las mediciones de T.A. a hipertensos diagnosticados se realizara cada 15 días, independientemente de esto se aumenta la frecuencia de los controles si se descompensa.
- En residentes sin diagnostico de H.T.A. y con cifras elevadas se tomará la T.A. cada 12 horas (durante 7 días).
- En residentes diagnosticados de H.T.A. y con cifras elevadas se tomará la T.A. cada 12 horas (durante 7 días).
- Diabéticos no hipertensos, se tomará la tensión arterial de forma mensual.

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE UNA CRISIS HIPERTENSIVA

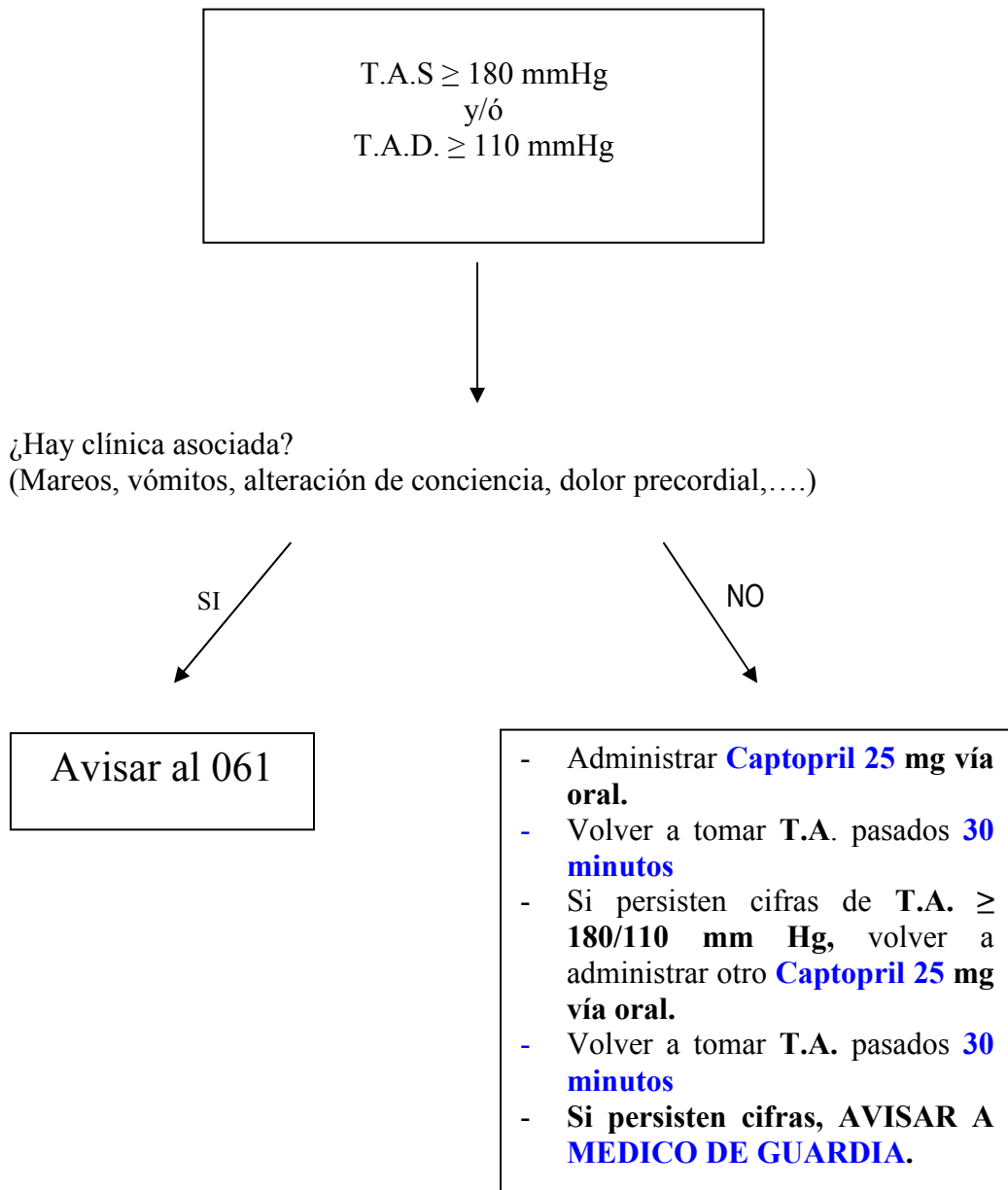
Ante H.T.A.
T.A.S. \geq 180 mm Hg
T.A.D. \geq 110 mm Hg

- Sin clínica asociada:
Dar Captopril 25 mg vía oral y volver a tomar T.A a los 30 minutos. Si persisten cifras, dar otro Captopril 25 mg vía oral, y volver a tomar T.A a los 30 minutos. Si continua persistiendo, avisar a Médico de Guardia.

- Con clínica asociada: avisar 061.

- **Emergencia hipertensiva:** Estos residentes presentan cifras elevadas de tensión arterial, pero lo que realmente los convierte en verdaderas emergencias es la afectación de los órganos diana que acompañan a esta hipertensión (cerebro, corazón y riñón). Requiere una reducción inmediata (en no más de 1 hora).
- **Urgencia hipertensiva:** En este tipo de hipertensión también encontramos cifras elevadas, pero a diferencia de las emergencias, en este caso no existe afectación de órganos diana.

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE UNA URGENCIA O EMERGENCIA HIPERTENSIVA



CONTROL CIRCULATORIO

	MAÑANA			TARDE		
	F.C	F.R	T.A	F.C	F.R	T.A
DIA 1						
DIA 2						
DIA 3						
DIA 4						
DIA 5						
DIA 6						
DIA 7						

PROTOCOLO DE INCONTINENCIA

INCONTINENCIA URINARIA

Hablamos de incontinencia urinaria (IU) a la pérdida de orina de forma involuntaria y objetiva, produciéndose esto en un momento y lugar no adecuados, y en cantidad o frecuencia suficiente como para que suponga un problema higiénico, social y/o psíquico para la persona que la sufre, así como una posible limitación de su actividad y relación. Aunque en sí misma la incontinencia de orina no es más que un síntoma, en los mayores con frecuencia adquiere dimensión sindrómica, por su gran trascendencia individual, social y hasta económica, precisando de un importante consumo de recursos, originando un no despreciable gasto sanitario.

PERSONAL QUE LO REALIZA

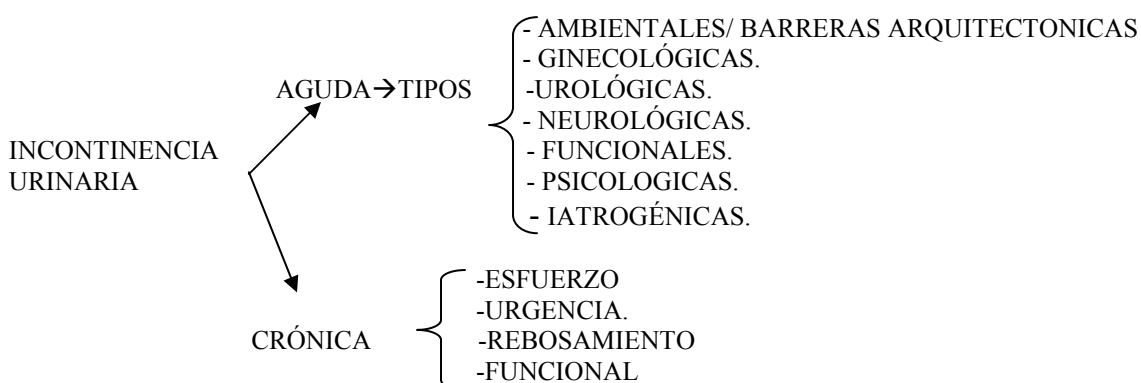
- Médico.
- D.U.E.
- Auxiliar de enfermería.

OBJETIVOS

- Identificar el tipo de incontinencia.
- Informar al residente sobre los cuidados a seguir.
- Reestablecer continencia urinaria y/o fecal.
- Recuperar función muscular y aumentar el grado de movilidad.
- Mantener la integridad tisular: piel, membrana y mucosas.
- Atender a sus cuidados personales.
- Fomentar una dieta equilibrada: ingesta alimentaria y de líquidos.

PLAN DE ACTUACIÓN

- Establecer con el facultativo el tipo de incontinencia que presenta.
- Realizar ficha de incontinencia individualizada, mínimo una semana.
- Establecer el tipo de absorbente que precisa, entre el médico, DUE y auxiliar.
- Control o cambio de absorbentes:
 - ✓ Atendiendo a la individualidad de cada caso.
 - ✓ Por controles generales en la unidad asistencial.



CUIDADOS GENERALES

- ✓ Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.
- ✓ Proporcionar intimidad para la evacuación.
- ✓ Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- ✓ Limitar los líquidos dos o tres horas antes de irse a la cama, si procede. Enseñar al residente a beber un mínimo de líquidos de 1500cc al día.
- ✓ Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate).
- ✓ Controlar periódicamente los hábitos intestinales y enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación de heces.
- ✓ Ayudar con los autocuidados: Higiene.
- ✓ Cuidados de la incontinencia urinaria.
- ✓ Cuidados perineales.
- ✓ Manejo ambiental.

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (I.U.E)

Es la pérdida de una cantidad de orina consiguiente a un incremento de la presión intraabdominal provocada por los esfuerzos en ausencia de cualquier contracción del detrusor. Podemos diferenciar la I.U.E por hipermovilidad uretral y I.U.E por incompetencia esfinteriana.

CUIDADOS

- ✓ Ejercicios de fortalecimiento suelo pélvico.
- ✓ Terapia de reentrenamiento vesical.
- ✓ Administrar fármacos.
- ✓ Cirugía (pesario).

INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA

La persona afectada no siente ningún impulso de orinar ya que se bloquean las señales nerviosas a lo largo de la médula espinal.

CUIDADOS

- ✓ Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
- ✓ Establecer un intervalo de tiempo inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación.
- ✓ Llevar al residente al aseo y recordarle que orine en los intervalos prescritos.
- ✓ Usar técnicas coadyuvantes para favorecer micción.
- ✓ Aumentar el intervalo de ir al aseo en una hora más, si el residente no tiene ningún episodio de incontinencia durante tres días hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas (ficha de incontinencia).
- ✓ Administrar fármacos.

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo súbito de urgencia sin que sea posible alcanzar el cuarto de baño a tiempo.

CUIDADOS

- ✓ Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
- ✓ Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas.
- ✓ Ir al aseo, tal como se ha programado, para ayudar a establecer y mantener el hábito de eliminación.
- ✓ Realizar técnicas coadyuvantes y entrenamiento: ejercicio suelo pélvico.
- ✓ Administrar fármacos.

INCONTINENCIA URINARIA POR REBOSAMIENTO

Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga. Este tipo de incontinencia siempre es secundaria a una retención urinaria.

CUIDADOS

- ✓ Palpación abdominal en busca de globo vesical, colocando una sonda vesical si aparece. Pinzar sonda si más de 500 ml para prevenir shock hipovolémico.

INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL

Incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina.

CUIDADOS

- ✓ Establecer un intervalo de tiempo inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación.
- ✓ Llevar al residente al aseo y recordarle que orine en los intervalos prescritos.
- ✓ Usar técnicas coadyuvantes para favorecer micción.
- ✓ Aumentar el intervalo de ir al aseo en una hora más, si el residente no tiene ningún episodio de incontinencia durante tres días hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas (ficha de incontinencia).
- ✓ Manejo ambiental: manipulación del entorno del residente para conseguir efectos terapéuticos.
- ✓ Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas.
- ✓ Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.

INCONTINENCIA FECAL

Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

CUIDADOS

- ✓ Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
- ✓ Controlar la dieta, incrementar la ingesta de fibra y las necesidades de líquidos.
- ✓ Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien, después de cada deposición.
- ✓ Utilizar cremas en la zona perianal, con precaución.
- ✓ Estar alerta por si hubiera efectos secundarios a la administración de medicamentos.
- ✓ Enseñar al residente los principios de educación intestinal.
- ✓ Dedicar para la defecación un tiempo coherente, sin interrupciones y disponer de intimidad durante la eliminación, después de las comidas.
- ✓ Crear una rutina de horario para ir al baño.
- ✓ Registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
- ✓ Enseñar a evitar los laxantes, tomar solo cuando precise.
- ✓ Observar si hay signos y síntomas de diarreas, estreñimiento e impactación.
- ✓ Registrar problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad (en la valoración inicial).
- ✓ Evitar la inmovilidad, vida sedentaria, etc...
- ✓ En caso de inmovilidad realizar movimientos pasivos de forma circular a nivel abdominal.

FICHA DE INCONTINENCIA INDIVIDUALIZADA

Residente _____

Unidad _____ Fecha de inicio _____

		DIURESIS (Por turno c/2 h espaciándolo si no existen pérdidas durante 3 días consecutivos) (volumen)
DIA 1	Mañana	
	Tarde	
	Noche	
DIA 2	Mañana	
	Tarde	
	Noche	
DIA 3	Mañana	
	Tarde	
	Noche	
DIA 4	Mañana	
	Tarde	
	Noche	
DIA 5	Mañana	
	Tarde	
	Noche	
DIA 6	Mañana	
	Tarde	
	Noche	
DIA 7	Mañana	
	Tarde	
	Noche	

PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

Las personas con autonomía plena suelen desarrollar su existencia activa alternando la bipedestación, y el movimiento con la sedestación y el decúbito para descansar y reparar energías. Por diversas circunstancias, el ser humano puede verse obligado a permanecer en cama de forma temporal o permanente, perdiendo toda o parte de su autonomía y precisando que otras personas le ayuden a realizar, o realicen por él, las actividades necesarias para que queden cubiertas sus necesidades. Este estado de reposo comporta importantes riesgos, ya que gran parte de las funciones vitales precisan de igual movimiento para realizarse satisfactoriamente.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- Fisioterapeuta.
- D.U.E.
- Auxiliar de enfermería.

OBJETIVOS

Una vez valorada la situación de movilidad del residente se realizará un plan de actuación con unos objetivos individuales y realistas que se centrarán en:

- Tratar y/o determinar la causa de inmovilidad.
- Plantear un plan de rehabilitación encaminado al Tto de la inmovilidad existente y evitar su progresión.
- Valorar el uso de ayudas y adaptaciones en la residencia.
- Prevenir la aparición de complicaciones asociadas.
- Valorar los problemas que surgen por la inmovilidad.
- Mejorar la movilidad articular y del sistema músculo esquelético.
- Mejorar el retorno venoso.

El objetivo será recuperar la situación basal previa, si la rehabilitación total no es posible. El programa debe ser individualizado y progresivo, asegurando que no sobrepase la capacidad funcional del residente, que la respuesta cardiovascular sea la adecuada y se evite el riesgo de lesiones.

La determinación del potencial rehabilitador y la monitorización de los resultados se pueden realizar mediante la Escala de Barthel, ya que valora de forma exhaustiva las actividades de la vida diaria, es sensible a pequeños cambios y permite discernir los residentes con mejor pronóstico rehabilitador.

Antes de iniciar cualquier tratamiento deben asegurarse unas adecuadas condiciones de hidratación, nutrición, ritmo intestinal, control del dolor, sueño adecuado, evitar el exceso de medicación sedante, atención del aspecto externo: ropa y calzado, gafas y audífono, si los necesitara. Además debemos actuar sobre el entorno (eliminar barreras arquitectónicas, ayudas técnicas, correcta iluminación, etc.) y proporcionar un apoyo sociofamiliar adecuado.

PLAN DE ACTUACIÓN

- **Realizar cambios posturales:**
 - Establecer un plan de cambios posturales.
 - Estimular al residente (si el residente esta consciente) a cambiar de postura (cada 2-3 horas, respetando horas de sueño y rotando posturas en función de la patología).
- **Realizar ejercicios de movilidad activos o pasivos:**
 - Movilizar las diferentes articulaciones para mantener la fuerza muscular y resistencia muscular en prevención de rigideces.
 - Realizar ejercicios pasivos al residente, en las que intervengan todas las articulaciones de las manos, brazos, pies, piernas y cuello.
 - Realizar ejercicios activos que comprenden los ejercicios isotónicos, (ejemplo; elevación de piernas) ya que estos ejercicios mejoran la función muscular y previenen de atrofas.
- **Ejecutar las medidas para reducir los riesgos de desarrollo de úlceras de presión.**
 - Realizar una higiene meticulosa de la piel, manteniéndola limpia y seca.
 - Colocación de almohadas en las zonas de presión.
 - Utilización de colchón antiescaras.
 - Protección de talones para evitar úlceras de presión en talones.
 - Programación de ejercicios de movilización, según permita el estado del residente.
 - Nutrición e hidratación adecuadas.
- **Efectuar una valoración continua de la piel:**
 - Vigilar síntomas precoces de las úlceras de presión como enrojecimiento, irritación, palidez localizada, dolor, escozor y edema localizado.
- **Planificar los CAMBIOS POSTURALES según el tiempo o dependiendo de la posición.**
 - Normalmente se pueden utilizar 6 posturas corporales
 - *Supino*.
 - *Lateral derecho e izquierdo*: esta posición reduce la lordosis y favorece la buena alineación de la espalda. Por lo tanto se recomienda esta posición para dormir o reposar. También alivia la presión sobre el sacro y los talones.
 - *Sims o semiprona izquierda y derecha*: es una postura intermedia entre lateral y la prona. Se utiliza en residentes inconscientes, ya que facilita el drenaje de la boca. Reduce la presión ejercida sobre el sacro y el trocánter mayor de la cadera
- **Tratar la úlceras por presión.** (ver protocolo de actuación de U.P.P.)

- **Mejorar el retorno venoso.**
 - Colocación de un vendaje elástico en las piernas según prescripción facultativa.
 - Las medias elásticas y las vendas ayudan a mejorar el estancamiento de sangre en las piernas, el edema y la formación de trombos a la vez que mejoran el retorno venoso del corazón.
 - Elevar las piernas favorece el retorno venoso.
 - La realización de movilizaciones activas o pasivas de piernas y pies (según estado del residente), ayuda a mejorar el retorno venoso y a prevenir la formación de trombo.
 - Recomendar el no cruzar las piernas.
 - Masaje circulatorio caudocraneal (sentido ascendente).

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA MECÁNICA CORPORAL

Las reglas o principios básicos de la mecánica corporal durante la manutención del anciano son las siguientes:

- ✓ Acercar la carga lo máximo posible al cuerpo del operador.
- ✓ Mantener las caderas y rodillas flexionadas.
- ✓ Mantener la espalda recta, manteniendo el cuello y la cabeza bien alineados.
- ✓ Mantener una amplia base de sustentación para tener una mayor estabilidad.
- ✓ Tener al menos un pie en la dirección del movimiento.
- ✓ Realizar presas consistentes, abarcando bien con las manos y los dedos al anciano, así el anciano se siente más seguro y se minimiza el riesgo de lesión en éste y en el operador.
- ✓ Emplear contrapesos a través del cuerpo del operador para movilizar al anciano.
- ✓ Y utilizar apoyos para aumentar la estabilidad, apoyando la rodilla o una mano sobre la cama.
- ✓ Si el anciano es demasiado pesado para un operador (más de 50 Kg.) se multiplicará el número de operadores o se emplearán medios mecanizados, como las grúas.

TÉCNICAS DE MANUTENCIÓN

Durante la realización de estas técnicas se seguirán siempre los principios de mecánica corporal antes descritos y el operador se colocará siempre del lado a proteger (afectado).

- Los **Volteos** son el paso de decúbito supino a lateral y, posteriormente, a prono y viceversa. En las movilizaciones en cama o camilla es conveniente que ésta esté a la altura del tercio distal del muslo (trocanteres) del operador.
 - En los ancianos que conservan cierta movilidad, el operador se colocará lateralmente del lado a proteger y colocará el MS cercano del anciano sobre el vientre y superpondrá el MI cercano sobre el otro MI. Realizará una palanca de antebrazo (mano caudal del operador) por debajo del muslo cercano para tomar apoyo con la yema de los dedos en el muslo alejado. El operador acercará el codo caudal a la cadera cercana y le ordenará al residente que coja el extremo superior de la camilla con el MS alejado. Le hará levantar la cabeza diciéndole que se mire al vientre y que la gire hacia el otro lado de la camilla. Con la palanca de antebrazo sobre el muslo cercano y el empuje de la palma de la mano sobre el omoplato cercano hacia delante se realizará el rodamiento quedando el residente en decúbito lateral y con un mayor empuje en prono.

- En los ancianos más incapacitados la técnica va a ser similar, con algunas diferencias. El operador desplazará el MS alejado por encima de la cabeza siguiendo la prolongación del cuerpo y deslizará una segunda palanca de antebrazo por debajo del hombro cercano hasta alcanzar la axila alejada. Se aproximarán ambos codos al residente (a la cadera y al hombro cercano) a la vez que el cuidador se coloca en posición de banqueta y empujando con su tórax y con las palancas de antebrazo se realizará el rodamiento, primero a decúbito lateral y después a prono.
- **Ascenso o descenso sobre la cama**, se realizará entre dos personas situados uno a cada lado de la cama. Para esta técnica nos ayudaremos de una entremetida, que es una sábana doblada en su largo a la mitad, que se colocará por debajo del residente desde los hombros hasta los muslos. Se colocará al anciano en decúbito lateral agarrando unos de los operadores del hombro cadera alejados del anciano y acercándolo al cuerpo del operador y aprovechará el otro operador para meter la entremetida por debajo del residente por el lado contrario al que está girado, luego se realizará la misma operación hacia el otro lado sacando el resto de la entremetida que queda por colocar. Una vez colocada la entremetida, los operadores agarrarán fuertemente la entremetida a nivel de la cadera y del hombro y con una finta lateral flexionada y con un pie en dirección del movimiento, de forma sincronizada, realizarán el descenso o ascenso del anciano.
- **Traslado del residente al borde de la cama**, el operador se coloca del lado de la cama hacia el cual se realizará el desplazamiento. El operador colocará un brazo por debajo del hombro del residente abarcándolo hasta la axila opuesta, colocará el otro brazo por debajo de la cadera desplazándolo hacia la otra cadera y se movilizará con cuidado al borde de la cama. Si el anciano es corpulento debe realizarse entre dos personas o con una entremetida.
- **Sentar o incorporar al residente en la cama**, para sentarse al residente en la cama, si ésta es articulada basta dar vueltas a la manivela hasta elevar el cabecero de la cama hasta la posición en que el anciano se encuentre cómodo y en una postura adecuada a su estado. Si no es éste el caso, el operador, para levantarle los hombros se colocará en una finta lateral flexionada al lado de la cama, colocando el pie más cercano atrás y la mano más lejana se pasa por detrás de los hombros del residente y realizando contrapeso con su cuerpo el operador (hacia atrás) flexionando las caderas de manera que el peso recaiga sobre la pierna que queda atrás, colocando en ese momento almohadas o cojines en la espalda del anciano para que permanezca incorporado.
- **Movilización del residente en silla de ruedas**, si el anciano permanece muchas horas en silla de ruedas se le estimulará para que se ponga de pie o realice pulsiones. Si esto no fuera posible el anciano deberá llevar en la silla cojines antiescaras (de aire, gel, silicona) para disminuir la presión sobre los isquiones.
- **Los levantamientos**, se tratan de situaciones en las que hay que verticalizar al residente. Se consideran levantamientos:
 - 1.- **Paso de decúbito supino a sedestación:**
 - En ancianos con cierta movilidad: La aposición del operador es la misma que en técnicas anteriores, pero se colocará al anciano en el borde de la camilla. Se colocará el MI cercano sobre el alejado y el MS cercano sobre el vientre. La mano caudal tomará contacto con la parte externa del MI alejado y le pedirá al residente que se vaya incorporado e intente agarrarse al hombro caudal del

operador. En ese momento el operador tirará de las piernas del residente fuera de la camilla, cambiando el contacto y realizando un empuje hacia abajo sobre las rodillas y realizando un empuje hacia debajo sobre las rodillas y dejando que el residente se coja del hombro. Así llegará a colocarse en sedestación.

- En los ancianos más incapacitados, se colocará al anciano al borde de la camilla y se realizará la técnica igual que la anterior con algunas diferencias. Se colocará una presa en respaldo por debajo del hombro cercano y la mano caudal se colocará sobre la cara externa del muslo alejado formando un bloque con el residente el operador realizará un empuje horizontal sobre la presa en respaldo y tirará horizontalmente de la mano caudal para pivotar al residente sacando los MMII por fuera de la camilla; una vez en esta posición se cambiará el contacto caudal colocándolo sobre las rodillas y quedando así en sedestación.

2.- Paso de sedestación a bipedestación:

- En los ancianos con escasa movilidad, el operador se colocará delante del residente y le retrocederá al anciano primero el pie activo y después el inactivo. Colocará el MS inactivo sobre el vientre y los pies del operador se colocarán fijando el pie inactivo, a la vez que con las rodillas del operador se fija la rodilla inactiva del anciano, manteniéndola así bloqueada. El operador colocará las manos sobre los omoplatos del residente o agarrándolo de la ropa como se ve en la figura, pidiéndole a este que se agarre de la cintura. El operador inclinará hacia delante el tronco del residente y le pedirá que se ponga de pie a la vez que realiza un contrapeso con su cuerpo, colocándose en posición de banqueta. Una vez en esta posición, el operador llegará a la posición de pie simultáneamente con el anciano.
 - En los ancianos con cierta movilidad, el operador se colocará lateralmente al anciano, del lado frágil y le pedirá al anciano que retroceda los pies. El operador le presentará el puño alejado en supinación con el pulgar extendido y separado, invitando al anciano a atraparlo lo más lejos posible, realizando una finta lateral flexionada y un empuje horizontal sobre el sacro del anciano. Una vez agarrada la mano del operador se realizará un acercamiento recíproco de esta mano sacra, a la vez que se le pide al anciano que se ponga erguido, y el operador conseguirá el equilibrio y estabilidad del anciano realizando un contacto con su esternón en el hombro del residente.
- **Las transferencias:** se trata de circunstancias en las que es preciso desplazar al residente de un sitio a otro lindante, con una proximidad inmediata.
 - **De sentado en la cama a sentado en la silla:**
 - ✓ En anciano con cierta movilidad, se siguen las mismas pautas que en el paso de sedestación a bipedestación. Una vez en bipedestación se realizará el giro ayudando al residente con el pie frágil a la vez que este avanza con el sano y cuando se encuentre delante de la silla se le pedirá al residente que se siente a la vez que el operador realiza la flexión de rodilla y caderas, y el residente quedará sentado.
 - ✓ En caso de anciano no colaborador se realizará la transferencia con grúa.

PLANILLA DE MOVILIZACIÓN

RESIDENTE: _____

FECHA: __/__/__

	<u>Desayuno</u> (:)h	<u>Decúbito supino</u>
	(:)h	Decúbito lateral izquierdo.
	(:)h	Decúbito lateral derecho.
	<u>Comida</u> (:)h	<u>Decúbito supino</u>
	(:)h	Decúbito lateral izquierdo
	(:)h	Decúbito lateral derecho
	<u>Merienda</u> (:)h	<u>Decúbito supino</u>
	(:)h	Decúbito lateral izquierdo
	(:)h	Decúbito lateral derecho
	<u>Cena</u> (:)h	<u>Decúbito supino</u>
	(:)h	Decúbito lateral izquierdo
	(:)h	Decúbito lateral derecho
	<u>Suplemento</u> (:)h	<u>Decúbito supino</u>
	(:)h	<u>Decúbito lateral izquierdo</u>
	(:)h	<u>Decúbito lateral derecho</u>

- Reflejar con una “X” y la **hora** a la que se realiza la movilización, para mantener la **continuidad en cambios posturales**.
- Mantener al residente **30min, aprox.** en **semi-fowler** tras el **aporte alimentario**, transcurrido este tiempo continuar con la movilización.

PROTOCOLO DE NUTRICION ENTERAL

En la actualidad son bien conocidos los efectos nocivos que la desnutrición produce la evolución de un gran número de enfermedades y especialmente en el curso clínico de enfermos críticos. La prevención o corrección de estas deficiencias nutricionales disminuye el riesgo de desarrollar complicaciones, lo que conlleva un descenso de la morbilidad.

Es necesario destacar la importancia que tiene el estado nutricional del residente en estado crítico, para favorecer la cicatrización de heridas y úlceras por presión. La aplicación de un soporte nutricional es un procedimiento terapéutico más, con sus indicaciones, contraindicaciones, técnicas especiales, que debe ser aplicado de forma precoz y a un gran número de residentes.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- D.U.E.: Colocación y rotación de la sonda.
- Auxiliar de enfermería: Nutrición e higiene.

OBJETIVOS

- Evitar la broncoaspiración por regurgitación de dieta.
- Evitar formación de úlceras de decúbito en nariz y mucosa gástrica.
- Mantener las sondas permeables y en buen estado.
- Evitar la aparición de infecciones.
- Asegurar el adecuado ritmo de infusión de la dieta y dar fiabilidad al balance hídrico del residente.
- Evitar y controlar complicaciones derivadas de la administración de nutrición enteral.

CONSIDERACIONES

- ✓ Se cambiará la posición de la sonda diariamente, con el fin de evitar lesiones. Con un movimiento rotatorio, se hará que la sonda gire, retirándola o introduciéndola un centímetro.
- ✓ Con el mismo fin, se cambiará diariamente el esparadrapo, variando igualmente la zona de fijación. Se limpiarán los orificios nasales, en el caso de sonda nasogastrica y luego se les aplicará un lubricante hidrosoluble.
- ✓ Fijar la parte exterior de la PEG a la pared abdominal con esparadrapo hipoalergenico. Para evitar acodamientos se debe reducir la presión en la zona de incisión y evitar posibles accidentes.
- ✓ Comprobar que no exista irritación, inflamación o secreción alrededor del estoma.
- ✓ Lavar el estoma con agua y jabón y después secar. Durante los primeros quince días, aplicar una solución antiséptica y colocar una gasa estéril.
- ✓ Limpiar el estoma realizando un movimiento circular desde la sonda hacia fuera sin ejercer presión.
- ✓ Se llevará a cabo la higiene de la boca diariamente, manteniendo los labios hidratados.

- ✓ Se mantendrá al residente en posición de Fowler en el momento de dar el alimento y hasta una hora después.
- ✓ Evitar la excesiva sedación del residente.
- ✓ Antes de dar el alimento, se aspirará el contenido gástrico. Si el volumen es superior a 100 ml, es necesario volver a introducirlo y se dejar 2 horas de reposo, repitiendo el procedimiento.
- ✓ La entrada del alimento debe ser lenta (entre 15-20 minutos según la cantidad), independientemente si es administrado en bolo (jeringa), por declive o en bomba de infusión.
- ✓ Después de la administración de cada alimentación o medicación, conviene hacer irrigaciones de la sonda con 30-50 cc de agua, para evitar cualquier posible bloqueo del tubo.
- ✓ Los envases de nutrición enteral, una vez abiertos, deben conservarse en frigorífico. No mantener abiertos más de 24 horas.
- ✓ Es preferible administrar la nutrición enteral a temperatura ambiente (si está en nevera sacarla 15 minutos antes).
- ✓ No se pasará el contenido de las botellas de nutrición enteral a reservorios, se conectará directamente el sistema a la botella de nutrición enteral. En residentes conscientes, administrar agua a demanda; en residentes que no lo estén, administrar el agua pautada sin coincidir con las tomas de nutrición.
- ✓ Los sistemas de nutrición enteral deben cambiarse dos veces por semana, en los días protocolizados en la unidad asistencial.
- ✓ Administrar la medicación antes o después de las comidas, no mezclándolas entre si.
- ✓ No diluir la concentración de la nutrición, salvo indicación del D.U.E.
- ✓ Administrar agua tras la toma de nutrición o medicación.

SONDAJE NASOGÁSTRICO

PERSONAL QUE LO REALIZA

- D.U.E.
- Auxiliar de enfermería.

MATERIAL

- Guantes. - Lubricante anestésico hidrosoluble. - Fonendoscopio. - Sonda. - Jeringa tipo Gullón (cono ancho) de 50 ml. - Gasas. - Esparadrapo hipoalergénico. - Batea.

PROCEDIMIENTO

- Explicar en qué consiste la técnica que vamos a realizar y que además va a ser necesaria su colaboración.
- Colocarle en posición de Fowler.
- Cubrir el pecho con la toalla y colocar cerca la batea (por si se produce algún vómito al introducir la sonda) así como todo el material que hemos preparado previamente.
- Lavarnos las manos y enfundarnos los guantes.
- Retirar las prótesis dentarias si las hubiere.
- Decirle que se suene y examinar los orificios nasales para comprobar su permeabilidad.

- ❑ Determinar la cantidad de tubo que debemos introducir para llegar al estómago. Para ello y, ayudándonos de la propia sonda, mediremos la distancia que va desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja, y de aquí al apéndice xifoides del esternón. Las sondas suelen presentar unas marcas que nos pueden servir de orientación, pero es conveniente que tras realizar la medida hagamos nosotros una señal en el lugar deseado.

A la hora de realizar el sondaje nasogástrico, procederemos de la siguiente manera:

- ❑ Una vez lubricado el extremo distal de la sonda, la introduciremos por el orificio nasal elegido, dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado, haciéndola progresar con un suave movimiento rotatorio. Nos ayudará que incline la cabeza un poco hacia atrás.
- ❑ Una vez hayamos pasado la resistencia de los cornetes, habremos llegado a la orofaringe, cosa que podremos comprobar pidiéndole que abra la boca. En estos instantes, suele experimentar náuseas. Le diremos que se relaje, que incline la cabeza hacia delante (con este movimiento se cierra la vía aérea) y que intente tragar saliva.
- ❑ Con la cabeza inclinada hacia delante y aprovechando los momentos en que realiza la deglución, iremos progresando suave y rotatoriamente la sonda hasta la señal previamente realizada. Si en algún momento presenta tos, es señal de que hemos introducido el tubo en la vía respiratoria, por lo que procederemos inmediatamente a retirarlo totalmente o hasta situarnos nuevamente en la faringe para, tras unos minutos de descanso, reiniciar el procedimiento. Otro hecho que puede suceder es que la sonda se enrolle sobre sí misma y no avance, con lo cual procederemos de la misma manera: retirar, descansar y reiniciar.
- ❑ Cuando la marca que hemos hecho en la sonda llegue a la nariz, es de suponer que ésta se encuentra en el estómago. Para comprobarlo podemos hacer varias maniobras: si se consigue aspirar jugo gástrico es señal de que la sonda se encuentra en el estómago. Si se aspira un líquido amarillento, es indicio de que el tubo está en el intestino delgado o de que existe un reflujo duodenogástrico. Si el intento de aspiración resulta negativo, se puede introducir una embolada de aire con la jeringa y oír el burbujeo que se produce mediante un fonendoscopio colocado sobre el epigastrio.
- ❑ Una vez colocada la sonda, procederemos a fijarla a la nariz con el esparadrapo, lo cual se suele hacer de la siguiente manera: se coge una tira de esparadrapo de unos 10 cm de largo y se corta longitudinalmente hasta la mitad. El extremo que no está dividido se fija a la nariz. Los extremos que están divididos se enrollan alrededor de la sonda, primero uno y luego el otro. Posteriormente tiraremos suavemente de la sonda para comprobar que no se desplaza.
- ❑ Una vez fijada la sonda a la nariz, es conveniente también fijar el extremo abierto de la sonda en el hombro, para así evitar el arrancamiento si se produce un tirón.
- ❑ Según la finalidad del sondaje, en el extremo abierto del tubo se puede colocar un tapón, una bolsa colectora o realizar lavados.

En residentes inconscientes:

- Si no tiene el reflejo de la tos, hay que vigilar la posible aparición de cianosis.
- El resto de la técnica es igual que en el residente consciente.

A la hora de realizar el sondaje PEG, procederemos de la siguiente manera:

- Una vez lubricado el extremo distal de la sonda, la introduciremos por el estoma.
- Introducir el agua destilada para llenar el globo.
- Tiramos suavemente de la sonda hasta percibir resistencia.
- Limpiar la zona del estoma con un poco de antiséptico.
- Colocamos el soporte conector, en contacto con la piel.

Para retirar la sonda nasogástrica, se ejecutan los siguientes pasos:

- Lavarse las manos y enfundarse unos guantes, que no es necesario que sean estériles.
- Colocar en posición de Fowler.
- Pinzar o taponar la sonda.
- Quitar el esparadrapo de fijación.
- Solicitar que haga una inspiración profunda y una espiración lenta.
- Retirar la sonda suavemente, con un movimiento continuo y moderadamente rápido.
- Efectuar la higiene de las fosas nasales y de la boca.

Para retirar la sonda PEG, se ejecutan los siguientes pasos:

- Colocar en posición de Fowler.
- Taponar la sonda.
- Retirar el agua del globo de la sonda.
- Retirar la sonda suavemente, con un movimiento continuo y moderadamente rápido.
- Si la sonda es imposible retirarla, cortarla y volver a realizar la técnica.

CUIDADOS DE LA SONDA

- Pasar la cantidad de agua pautada antes y después de administrar la alimentación.
- Limpiar diariamente la sonda por fuera con agua y jabón y secar.
- Cambiar a diario el esparadrapo de sujeción de la nariz .
- Verificar posición correcta de la sonda.

CUIDADOS DE LA PEG

- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda, el soporte y el conector-adaptador.
- Cerrar los taponos cuando no se usen.
- Levantar el soporte externo para limpiar por debajo y secar la piel cuidadosamente.
- No pinzar, ni pinchar la sonda.

NUTRICION ENTERAL (NE)

PREPARACIÓN

- ✓ La dieta enteral la prepara el Equipo de Auxiliares de Enfermería.
- ✓ La preparación no requiere un ambiente estéril sino únicamente limpieza e higiene en su manipulación.
- ✓ Se realizará la preparación de la dieta en el office de cocina.

CUIDADOS DURANTE LA PREPARACIÓN

- ✓ Comprobar la fecha de caducidad del preparado y observar su aspecto. Desechar cualquiera mezcla caducada, de aspecto grumoso o cuyo envase no tenga garantía de hermetismo.
- ✓ Anotar en el frasco la hora de inicio y fecha.
- ✓ Cuando sea necesario guardar parte del preparado se conservará en la nevera, teniendo en cuenta que debe desecharse a las 24 horas, según las indicaciones del fabricante. Los envases de nutrición enteral cerrados pueden almacenarse sin refrigeración.
- ✓ Una vez abierto el envase, la mezcla no debe permanecer más de 8 horas a temperatura ambiente.
- ✓ Mantener la permeabilidad de la sonda lavándola después de cada toma con 30-50 ml. de agua potable.
- ✓ Los suplementos alimenticios se deben dar en las horas de aportes de líquidos.

APLICACIÓN

La NE debe iniciarse progresivamente mediante un “régimen de tolerancia” el cual permite la adaptación del sistema digestivo a la restauración del aporte de substratos por vía enteral, sobre todo tras un reposo digestivo prolongado. Este régimen de tolerancia no debe durar más de 48 horas, con el fin de que el residente reciba sus requerimientos nutricionales al tercer día del inicio de la NE.

RÉGIMEN DE TOLERANCIA

Inicio **Día 1**: 500 ml en 24 horas → Progresión **Día 2**: 1000 ml en 24 horas → **Día 3**: volumen final según requerimientos.

TIPOS DE INFUSION

- La infusión continua es el método mejor tolerado por el residente. Se debe comenzar con concentraciones de la formula de 1/3 a 1/2 y a un ritmo aproximado de 50 ml/h. A medida que aumenta la tolerancia por parte de la persona (ausencia de nauseas, diarrea y glicosuria) se ira aumentando la concentración y el ritmo hasta quedar en la pauta prefijada por el medico. La administración de la dieta dura las 24 h. del día. El material necesario es: bolsa con la dieta indicada, equipo de infusión, sonda nasogástrica y bomba de perfusión continua. El personal que realiza la técnica es el diplomado en colaboración con el auxiliar de enfermería.

- ❑ La infusión intermitente puede ser útil en muchos casos y consiste en dividir la administración de la dieta en 5-6 tomas al día que se realizan en unos 15-30 minutos. El ritmo de infusión se considera como máximo unos 30 ml/min con un volumen máximo por toma de unos 450 ml.
- ❑ La infusión en bolos se lleva a cabo mediante bolos de nutrición administrados de manera rápida a través de jeringas. Al residente se le administra un volumen de 200 a 400 ml. de 5 a 8 veces al día en un periodo de duración de alrededor de 10 a 15 min. Este método se tolera mal, puede dar lugar a náuseas, diarreas, aspiración y calambres.

CUIDADOS DIARIOS

- ✓ Mantener el cabecero de la cama ligeramente incorporado (20º-30º) para evitar el reflujo, evitar que la cama esté completamente horizontal o en posición Trendelenburg.
- ✓ Para administrar la alimentación colocar al residente en posición de Fowler o sentado.
- ✓ Mantener la jeringa de lavado y administración de medicación siempre limpia y metida en su envoltorio.
- ✓ Realizar el aseo del residente con la dieta parada, volviéndola a conectar cuando se vuelva a incorporar la cabecera.
- ✓ Limpiar diariamente la sonda por fuera con agua y jabón y secar.
- ✓ Movilizar dos o tres centímetros la sonda cuando se cambie el esparadrapo de sujeción de la misma, y colocarla otra vez en su posición correcta.
- ✓ Comprobar después de la movilización de la sonda, que se aloja en cavidad gástrica mediante la auscultación, aspiración de contenido.
- ✓ Limpieza de la fosa nasal libre con suero salino y aplicar vaselina en ambos orificios nasales.
- ✓ Anotar en la hoja de REGISTRO DE CUIDADOS el nº de días que lleva puesta la SNG, cambiándola el día que corresponda: 7 a 14 días sondas tipo Levin, 1 a 3 meses sondas de silicona o larga permanencia.
- ✓ Realizar la higiene bucal del residente al menos dos veces al día (según protocolo de higiene).

CUIDADOS POR TURNO

- ✓ Comprobar la correcta situación de la SNG observando las señales con que va marcada.
- ✓ Lavar la SNG con 30-50 ml de agua potable después de la administración de medicación.
- ✓ Lavar la SNG con 30-50 ml de agua potable cuando se cambian la botella y el sistema: esto lo realiza la Auxiliar de Enfermería después de cada comida.
- ✓ Observar el aspecto, color, y consistencia de la dieta y cambiarla en caso de sospecha de infección. Recoger muestra para cultivo.
- ✓ Vigilar el ritmo de infusión de la dieta.
- ✓ Anotar si hay alguna incidencia en el seguimiento de enfermería.
- ✓ Preparar las jeringas suficientes para hacer la comprobación del residuo gástrico (mínimo dos).

- ✓ Si la alimentación se administra con sistema, pulgar el mismo antes de conectar. Al pulgar nos aseguramos un ritmo de perfusión adecuado y la no introducción de aire en el aparato digestivo.
- ✓ En el momento de administrar la alimentación observar signos y síntomas de posibles complicaciones.
- ✓ No presionar la sonda con pinzas ya que puede seccionar la misma. Pinzar la sonda presionando con nuestros dedos o colocando el tapón de seguridad.
- ✓ Cerrar el tapón del conector cuando no se esté utilizando.

DIARREA Y ADMINISTRACION ENTERAL




- No suspender automáticamente la nutrición enteral al comenzar la diarrea.
- Si la nutrición enteral es intermitente, se debe alargar el tiempo de administración de cada toma en una hora más.
- Si es continua, se debe reducir la velocidad de infusión a la mitad hasta su normalización.
- Evitar las manipulaciones innecesarias del preparado.


COMPLICACIONES	CONSECUENCIAS	POSIBLE CAUSA	ACCIONES
Náuseas, regurgitación, vómitos, dolor y distensión abdominal	Pérdida de peso, neumonía por aspiración, insuficiencia respiratoria, disconfort del residente, mala absorción, ausencia de peristaltismo	-Posición incorrecta del residente o sonda. -Flujo demasiado rápido -Excesivo contenido gástrico. -Sonda inadecuada. -Fórmula incorrecta. -Ansiedad. -Olor ofensivo de la fórmula. -Efecto secundario de la medicación. -Íleo paralítico.	-Detener la nutrición. -Aspirar secreciones si es necesario -Comprobar la posición del residente y sonda -Ajustar la velocidad de infusión según tolerancia -Utilizar una sonda más adecuada a las necesidades del residente -Revisar la composición de la fórmula -Administrar dietas sin lactosa, bajas en grasa -Valorar si procede un cambio de medicación
Diarreas infecciosas, Osmóticas o por mala Absorción.	Malestar en el residente, Mala absorción, Desnutrición	-Flujo demasiado rápido - Contaminación bacteriana de la fórmula - Composición de la fórmula - Fórmula hiperosmolar - Efecto secundario de la medicación	- Reducir la velocidad de infusión - Extremar medidas higiénicas en la manipulación - Evaluar la sustitución de la fórmula por otra de menor osmolaridad
Estreñimiento	Malestar del residente Impactación fecal Dieta de bajo residuo Efectos secundarios de la medicación	-Aporte de fluidos insuficiente - Dieta de bajo residuo - Efectos secundarios de la medicación	- Controlar la entrada y salida de líquidos. - Administrar un aporte adicional de agua, si necesario. - Revisar la composición de la dieta.
Erosiones de la mucosa y lesiones de la piel	Rinitis Faringitis Esofagitis Lesiones gástricas Escaras (piel)	-Sondas inadecuadas -Falta de movilización de la sonda	- Utilizar sondas finas - Movilizar periódicamente la sonda - Cambiar la sonda de fosa nasal - Vigilancia de la piel
Movilización o extracción de la sonda	Interrupción de la nutrición Molestias para el residente	-Náuseas o vómitos -Residentes desorientados o agitados	- Recolocar o reemplazar la sonda - Considerar la prescripción de antieméticos o la colocación de la sonda a nivel intestinal
Aspiración bronquial	Neumonía por aspiración Edema pulmonar Asfíxia	Posición incorrecta durante la administración - Posición incorrecta de la sonda -Vía de acceso inadecuada -Excesivo contenido gástrico	-detener la nutrición -Aspirar el contenido de las vías respiratorias -Posición fowler. -controlar la posición de la sonda
Obstrucción de la sonda	Retraso de la nutrición Molestias para el residente	- Sonda demasiado fina - Técnica de administración	- Flujo constante - Lavados de la sonda con agua cada 4-6 horas y siempre que sea necesario.

MEDICACIÓN Y SU ADMINISTRACION

Las formas orales de los fármacos pueden ser:

- **Comprimidos normales.** Generalmente se pueden triturar con un mortero o desleir en agua y a continuación administrar.
- **Comprimidos de liberación retardada.** No deben triturrarse.
- **Comprimidos con cubierta entérica.** No deben triturrarse.
- **Cápsulas de gelatina.** En general pueden abrirse, mezclar su contenido en agua y a continuación administrar.
- **Jarabes, soluciones.** En general es la mejor forma de administración por sonda nasogástrica.

Descripción de formas farmacéuticas orales y recomendaciones para administrar por sonda	
	<p>Comprimidos normales (de liberación inmediata). -Se deben triturar hasta polvo fino.</p> <p>Comprimidos con cubierta pelicular (para enmascarar sabor). -Son de liberación inmediata. Se deben triturar hasta polvo fino.</p> <p>Comprimidos de liberación retardada. -No deben triturrarse: -La trituración produce pérdida de características de liberación. -Riesgo de toxicidad e inadecuado mantenimiento de los niveles de fármaco a lo largo del intervalo terapéutico.</p> <p>Comprimidos con cubierta entérica: -No deben triturrarse. -La pérdida de la cubierta puede provocar la inactivación del principio activo o favorecer la irritación de la mucosa gástrica.</p> <p>Comprimidos efervescentes: -Deben disolverse en agua antes de administrar -Disolver y administrar al terminar la efervescencia.</p> <p>Comprimidos sublinguales: -Su administración por sonda no es recomendable.</p>
	<p>Cápsulas de gelatina dura (contenido en polvo): -Abrir la cápsula disolver su contenido en agua y administrar. -En caso de inestabilidad y principios activos muy irritantes no es adecuado.</p> <p>Cápsulas de gelatina dura (contenido de microgránulos de liberación retardada o con cubierta entérica): -Las cápsulas pueden abrirse, pero los microgránulos no deben triturrarse porque perderían sus características. -La disponibilidad de la administración por sonda depende en gran medida del diámetro de los microgránulos y del de la sonda.</p>
	

	<p>Cápsulas de gelatina blanda (contenido líquido):</p> <p>-Si el principio es estable y no irritante, puede optarse por extraer el contenido con una jeringa, pero no se recomienda la dosificación puede ser incompleta, y puede quedar adherido a las paredes de la sonda.</p>
---	--

Técnicas para la preparación y administración por sonda.	
Concepto	Definición
<p>TRITURAR Y DISOLVER</p>	<p>El comprimido se machaca con mortero hasta reducción a polvo homogéneo.</p> <p>El polvo se introduce en una jeringa de 60 ml (previa retirada del émbolo).</p> <p>Se añaden 15 - 30 ml de agua templada y se agita.</p> <p>Se administra por la sonda.</p> <p>Lavar la jeringa con 30 ml adicionales de agua y administrarlos por la sonda.</p> <p>No mezclar distintos medicamentos simultáneamente en la misma jeringa.</p>
<p>DESLEIR Y DISOLVER</p>	<p>El comprimido, sin necesidad de triturar, se puede introducir directamente en la jeringa de 60 ml (previa retirada del émbolo).</p> <p>Se añaden 15 - 30 ml de agua templada y se agita.</p> <p>Se administra por la sonda.</p> <p>Lavar la jeringa con 30 ml adicionales de agua y administrarlos por la sonda.</p> <p>No mezclar distintos medicamentos simultáneamente en la misma jeringa.</p>
<p>COMPRIMIDOS O CÁPSULAS DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS:</p>	<p>Procurar no triturarlos o manipularlos por el riesgo de inhalar aerosoles, en algunos casos pueden disgregarse y obtener una suspensión extemporánea de administración inmediata (Ej: busulfan).</p> <p>Si la trituración o la apertura de la cápsula es indispensable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triturar dentro de una bolsa de plástico con precaución para evitar su rotura. • Utilizar guantes, bata, mascarilla y un empapador en la zona de trabajo. <p>Tras la trituración, el fármaco debe disolverse en agua y administrarse con jeringa.</p>

MEDICAMENTO	PROBLEMA	SOLUCION
ADALAT, RETARD Y OROS	Liberación retardada. No debe ser triturado	NO DAR NUNCA POR SONDA
ALDOMET	Pérdida de actividad del fármaco si se da con NE	PINZAR SONDA 2 h antes y dos horas después
ALMAX	Precipitación de la dieta y obstrucción de la sonda	Suspender dieta 2h antes y lavar la sonda antes y después de administración
ALUGELIBYS	Obstrucción de la sonda	Diluir en 20 ml de agua
AUGMENTINE	Obstrucción	Diluir en 20 ml de agua
BAYCIP	Interacción	Interrumpir NE una hora antes de administrar
BOI-K	Interacción y obstrucción	No se debe dar. Si se da, diluir con 20 ml de agua
DALSY	Obstrucción y problemas G.I	Diluir en 100-150 ml de agua
DEPAKINE	Problemas gastrointestinales	Diluir en 75-100 ml de agua. Administrar sólo jarabe
DIGOXINA	Incompatibilidad con NE estándar.	
DINISOR RETARD	No se debe triturar	Dar Dinisor normal
DISTRANEURINE	Cápsulas	
DUPHALAC	Interacción y diarrea	Evitar elevadas cantidades
ELORGÁN	Liberación retardada. No triturar	Administrar Hemovás IV
ERITROMICINA	Obstrucción y problemas G-INT	Diluir con 100 ml de agua
EUFILINA	Precipitación de dieta y obstrucción	Interrumpir dieta 1h y lavar sonda
FENITOINA	Interacción con NE	Interrumpir 2h antes y después
FERROGRADUMET	Liberación retardada. No triturar	Dar Glutaferro gotas
FORTASEC	Problemas gastrointestinales	Diluir en 100-150 ml de agua
HALOPERIDOL	Precipitación de dieta	Interrumpir dieta 1h antes y lavar sonda
INYESPRÍN	Alta osmolaridad , efectos adversos	Diluir en agua (100-150 ml)
LARGACTIL (gotas)	Incompatible con NE estándar	
LOSEC	Cubierta entérica No triturar	Abrir la cápsula y Dar microesferas sin triturar
MINOTÓN	Ver Almax	
MORFINA	Liberación retardada. No triturar	Dar por otra vía
PANCREASE	Cubierta entérica. No se tritura	Abrir cápsula y dar microesferas sin triturar
PANTOMICINA	Obstrucción, problemas GI	Diluir en 100-150 ml de agua
POLARAMINE REPETABS	Liberación retardada. No se tritura	Darlo en tabletas
ROCALTROL	No se puede triturar	
SEPTRIM	Obstrucción de la sonda	Diluir en 50 ml de agua
SINEMET RETARD	No se puede triturar por ser de liberación retard	Dar Sinemet normal
TEGRETOL	Absorción más lenta con NE	
TETRACICLINAS	Interacción con NE	
THEO-DUR	Interacción con NE. Comprimidos de liberación retardada, no triturar	Pinzar una hora antes y después de darlo. Dar Vent retard, abriendo la cápsula, no triturando
UNIKET RETARD	Liberación retardada No triturar	Administrar Uniket normal en comprimidos

REGISTRO DE INGESTA DE LÍQUIDOS Y SÓLIDOS

RESIDENTE: _____ UNIDAD: _____

DIA	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	CENA	LIQUIDOS
	ALIMENTOS AGUA O ZUMOS: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 250 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:	ALIMENTOS AGUA O ZUMOS: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 250 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:	ALIMENTOS AGUA O ZUMOS: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 250 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:	ALIMENTOS AGUA O ZUMOS: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 250 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:	AGUA: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 200 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INFUSION 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LECHE: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 200 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> YOGURG : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIA	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	CENA	LIQUIDOS
	ALIMENTOS AGUA O ZUMOS: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 250 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:	ALIMENTOS AGUA O ZUMOS: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 250 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:	ALIMENTOS AGUA O ZUMOS: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 250 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:	ALIMENTOS AGUA O ZUMOS: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 250 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:	AGUA: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 200 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INFUSION 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LECHE: 150 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 200 CC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> YOGURG : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

NOTA: Especificar tipo de alimentos y cantidad aproximada del mismo. Los vasos de plástico contienen 150 cc y los de cristal 200 cc.

PROTOCOLO RESPIRATORIO

Aunque el sistema respiratorio realiza diversas funciones (regulación del pH y temperatura, metabolismo de diversas sustancias, etc.) su función principal es la respiración, definida como todos aquellos procesos involucrados en el intercambio de gases entre el medio ambiente y el organismo. El término fallo respiratorio implica la imposibilidad de mantener una captación normal de oxígeno (O₂) por los tejidos o una eliminación del anhídrido carbónico (CO₂) por los mismos.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- D.U.E
- Auxiliar de enfermería

OBJETIVOS

- Identificar las manifestaciones clínicas de los problemas respiratorios en el residente.
- Conseguir una relación ventilación/ perfusión eficaz, por medios físicos.
- Facilitar la eliminación de secreciones, disminuir el trabajo respiratorio, a través de la disminución de las resistencias bronquiales.
- Prevenir y tratar las posibles complicaciones pulmonares.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

- **Drenaje postural:** Es la técnica que mejor se tolera y la preferida para la eliminación de las secreciones. El objetivo de esta técnica es conseguir que las secreciones drenen por acción de la gravedad hacia bronquios mayores, traquea hasta conseguir expulsarlas con la tos. Para realizar este drenaje postural es preciso colocar al residente en la posición más adecuada según la zona del pulmón que deseamos drenar. Cada posición debe mantenerse durante 3-5 minutos. Antes de comenzar la técnica es necesario que el residente sepa toser y respirar de forma profunda y eficaz. No debe realizarse cuando el residente está recién comido.
- **Percusión y vibración:** Se usan asociadas a la técnica de drenaje postural. La percusión consiste en dar palmadas sobre la pared torácica, de una manera rítmica, con las manos huecas. Su objetivo consiste en desalojar mecánicamente las secreciones espesas adheridas a las paredes bronquiales. La vibración consiste en la compresión intermitente de la pared torácica durante la espiración, intentando aumentar la velocidad del aire espirado para de esta manera desprender las secreciones.
- **Educación de la tos:** Esta técnica consiste en enseñar a toser, después de una inspiración profunda durante la espiración, procurando hacerla en dos o tres tiempos para un mejor arrastre de las secreciones. Está indicada en el pre y postoperatorios de residentes con excesivas secreciones, así como en las situaciones de producción excesiva de esputo.

CONTRAINDICACIONES

La fisioterapia respiratoria debe de ser realizada con cautela ó incluso contraindicada en los siguientes casos:

- Residentes con coagulopatias.
- Estado asmático.
- Estado epiléptico.
- Postoperado de cirugía cráneo-encefálica.
- Sistema osteoarticular debilitado con riesgo de fracturas.
- Fractura de costillas.
- Aumento de la presión intracraneal.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS

Los ejercicios respiratorios tienen como objetivo disminuir el trabajo respiratorio, mejorar la oxigenación y aumentar la función respiratoria. Se realizarán una vez al día.

Respiración con los labios fruncidos:

1. Inspire lentamente a través de la nariz con la boca cerrada.
2. Ponga los labios como para apagar una vela o silbar.
3. Espire lentamente a través de los labios semicerrados.
4. La espiración debe durar el doble de la inspiración.

Respiración diafragmática:

1. Sentado, con las rodillas flexionadas colocar las manos sobre el abdomen.
2. Inspirar profundamente a través de la nariz manteniendo la boca cerrada. Al inspirar, el abdomen se distiende elevando las manos.
3. Colocar los labios como si fuese a silbar y espirar lenta y suavemente de forma pasiva haciendo un sonido silbante sin hinchar los carrillos. Al ir expulsando el aire, los músculos abdominales se hundan volviendo a la posición original.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES

Se utiliza para el drenaje de secreciones del árbol bronquial principal. Para ello utilizamos sondas específicas conectadas a un sistema de vacío que genera una acción mecánica de succión sobre el árbol bronquial principal.

MATERIAL

- ✓ Aparato de aspiración portátil.
- ✓ Sondas de Levin.
- ✓ Guantes y gasas estériles.
- ✓ Solución salina.
- ✓ Lubricante hidrosoluble.

METODOLOGÍA

Previamente a la aspiración de secreciones del árbol bronquial principal se realizará técnica de percusión sobre la pared torácica según patología existente en el residente, posteriormente se coloca el residente en decúbito supino con la cabeza ligeramente hiperextendida favoreciendo la apertura de las vías aéreas.

Lavado bronquial: Consistente en administrar una sustancia líquida en el árbol bronquial principal (suero fisiológico, “Mucofluid”, etc.), para conseguir una fluidificación de las secreciones bronquiales. Cantidad de seguridad 5cc para evitar aspiraciones.

Sin tubo endotraqueal:

- ✓ Informar al residente del procedimiento, solicitando su colaboración.
- ✓ Preparar el equipo.
- ✓ Colocarlo en posición semi-Fowler con la cabeza girada hacia un lado cuando se vaya a realizar la aspiración por vía oral y con el cuello en hiperextensión cuando se realice por vía nasal. Si el residente está inconsciente colocarlo en decúbito lateral.
- ✓ Colocar el empapador bajo la barbilla del residente.
- ✓ Seleccionar la presión de aspiración (150 – 120 mm Hg).
- ✓ Conectar la sonda al aspirador.
- ✓ Medir la distancia de la sonda (desde el lóbulo de la oreja a la punta de la nariz) e introducir.

- ✓ Humedecer la punta de la sonda en suero salino y aspirar para comprobar su permeabilidad.
 1. Aspiración orofaríngea: Introducir suavemente la sonda, previamente lubricada, por la boca.
 2. Aspiración nasofaríngea:
 - Introducir la sonda por uno de los orificios nasales dirigiéndola por el centro de la cavidad nasal.
 - No forzar la sonda.
 - No aspirar durante la introducción.
- ✓ Tapar con el dedo pulgar la conexión de aspiración, la aspiración no será superior a 15 segundos.
- ✓ Girar suavemente la sonda a medida que se saca.
- ✓ Limpiar la sonda.
- ✓ Dejar descansar al residente 20 -30 segundos si la situación lo permite.
- ✓ Si el residente puede colaborar pedirle que realice una respiración profunda y que tosa entre las aspiraciones.
- ✓ Repetir las veces que sean necesarias.

COMPLICACIONES

Las clasificaremos por orden de frecuencia de aparición, y de aparecer cualquier complicación se debe de comunicar de inmediato al médico responsable.

- Broncoespasmo.
- Erosión de la mucosa bronquial.
- Reflejo vasovagal.

AEROSOLTERAPIA

OBJETIVO

Administrar fármacos por vía inhalatoria con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

MATERIAL

- Fármaco a administrar.
- Atomizador o aerosol.
- Gasas.
- Jeringas.
- Batea.
- Cámara de inhalación.
- Mascarilla con nebulizador.
- Suero.
- Toma de oxígeno o aparato de aerosolterapia.

PROCEDIMIENTO

- ❑ Lavar las manos.
- ❑ Informar al residente del procedimiento a realizar, pidiendo su colaboración.
- ❑ Colocar al residente en posición de Fowler.

Con cámara de inhalación (Inhalador):

- ❑ Agitar el inhalador fuertemente y en posición vertical.
- ❑ Ajustar el inhalador al orificio de la cámara espaciadora.
- ❑ Espirar profundamente y sin coger aire acoplar la embocadura de la cámara a la boca del residente indicándole que debe ajustar los labios a la boquilla de la cámara y mantener ésta en posición horizontal.
- ❑ Hacer una pulsación del inhalador para liberar una dosis del fármaco y a continuación indicar al residente que debe inspirar lenta y profundamente, de 6 a 7 veces por la boca.
- ❑ Contener durante unos segundos la respiración antes de proceder a espirar lentamente.
- ❑ Retirar el inhalador y taparlo adecuadamente al finalizar.
- ❑ Indicar al residente que enjuague la boca al finalizar.

Con mascarilla de nebulización:

- ❑ Explicar al residente que debe respirar profunda y lentamente por la boca y nunca por la nariz.
- ❑ El D.U.E. preparará el fármaco pautado y lo dejará correctamente identificado.
- ❑ El Auxiliar de Enfermería introducirá el fármaco correctamente identificado en el reservorio que al efecto tiene la mascarilla.
- ❑ Conectar directamente a la fuente de oxígeno o aparato de aerosolterapia, la mascarilla por medio de su alargadera.
- ❑ Abrir el caudalímetro de oxígeno para que el flujo sea de unos 8-10 l/min, o conectar el aparato.
- ❑ Comprobar la correcta salida del gas por la mascarilla.
- ❑ Ajustar la mascarilla facial al residente.
- ❑ Mantener la nebulización hasta la finalización del fármaco. Recoger y proteger el equipo utilizado.
- ❑ Indicar el enjuague de la boca al finalizar y si el residente no pudiera, realizárselo.
- ❑ Registrar en hoja de enfermería las incidencias que pudiesen haber ocurrido durante el procedimiento.

OBSERVACIONES

- ✓ El Auxiliar de Enfermería limpiará:
 - Mascarilla de nebulización después de cada administración.
 - Cámara de inhalación cada 2 semanas.

TRAQUEOSTOMÍA

OBJETIVO

- Permitir una vía de entrada aérea, transitoria o definitiva, a través de la tráquea.

MATERIAL

- Guantes desechables
- Gasas
- Suero fisiológico
- Cánula de plata
- Lazo o cinta con velcro
- Apósito de traquea o babero

CAMBIO DE CANULA DE PLATA

- El cambio de cánula se hace cada 24 horas. Si es preciso, a lo largo del día, puede quitar y limpiar la cánula interna las veces que necesite.
- Lavar las manos.
- Preparar el material:
 - Cánula montada con el babero.
 - Gasas mojadas en suero fisiológico.
 - Gasas secas.
- Poner al residente con el cuello ligeramente extendido hacia atrás.
- Soltar la cinta de la cánula puesta y retírela con movimiento firme hacia delante y hacia abajo.
- Limpiar el estoma con las gasas impregnadas en suero. Después séquelo.
- Humedecer la nueva cánula con suero o agua.
- Decir al residente que inspire profundamente; e inserte la nueva cánula con un movimiento hacia adentro y hacia abajo.
- Fijar la cánula con una lazada en el lateral, o con cinta con velcro, que sea fácil de quitar en caso de urgencia.
- No olvide bajar la pestaña metálica para sujetar la cánula interna.

LIMPIEZA DE LA CANULA

- Introduzca la cánula en un recipiente con agua caliente y jabón neutro.
- No use lejía ni productos corrosivos.
- Pasados unos minutos limpie con el cepillo por dentro y por fuera.
- Enjuague la cánula y séquela.

PROTOCOLO DEL SUEÑO

El sueño es un proceso activo, con mecanismos neurofisiológicos y neuroquímicos distintos. Posee una compleja arquitectura compuesta de diversas fases que se agrupan en ciclos. Con el envejecimiento el sueño sufre importantes modificaciones de su estructura, tanto cuantitativas como cualitativas.

INSOMNIO

Dificultad para iniciar o mantener el sueño o la falta de un sueño reparador.

ABORDAJE

- VALORACIÓN DIAGNÓSTICO→ Recoger información sobre horas totales de sueño, dificultad para conciliar, dificultad para mantenerlo, despertares precoces, nivel de actividad de día siguiente, sensación de fatiga, costumbre de dormir la siesta, rutina antes de dormirse y acostarse, la existencia de factores precipitantes y duración del problema.
- MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS.
- ABORDAJE FARMACOLÓGICO.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- Médico
- D.U.E
- Auxiliar de enfermería

OBJETIVOS

- Discutir y acordar objetivos terapéuticos con el residente.
- Valorar el problema: El insomnio es un síntoma.
- Tratar o mejorar el manejo de otros problemas de salud subyacentes.
- Educar al residente sobre medidas higiénicas del sueño.
- Valorar la necesidad del uso de hipnóticos.
- Conocer los hábitos en cuanto a horario, duración, influencia del medio, etc.
- Planificar un programa de actividad y de periodos de reposo.

PLAN DE ACTUACIÓN

- **Discutir y acordar objetivos terapéuticos con el residente.**
 - ✓ Anotar las expectativas realistas que tiene el residente de la cantidad y calidad de sueño que espera.
- **Valorar el problema: El insomnio es un síntoma.**
 - ✓ Llevar un registro del sueño y evaluar la funcionalidad diurna (horas efectivas sueño diurno...)

- ✓ Valorar factores médicos que puedan afectar al sueño (estrés, depresión, apnea del sueño, asma nocturna, angina, disnea, reflujo gastroesofágico, nicturia, dolor...), abuso y dependencia de tóxicos (cafeína, alcohol, nicotina...), acontecimientos vitales...
 - ✓ Valorar situaciones ambientales que puedan alterar el patrón del sueño (ruidos, luz, temperatura...)
 - ✓ Valorar el uso de fármacos que puedan afectar al sueño: retirada de BZD, fármacos simpaticomiméticos, corticosteroides, beta2 agonistas, teofilina, ISRS, beta bloqueadores, estatinas, algunos antiparkinsonianos, hormonas tiroideas...
- **Tratar o mejorar el manejo de otros problemas de salud subyacentes**
 - ✓ Proponer técnicas de relajación si el insomnio está relacionado con el estrés.
 - ✓ Mejorar el manejo del dolor y otros problemas médicos.
- **Educar al residente sobre medidas higiénicas del sueño**
 - ✓ Establecer unos horarios para acostarse y levantarse, siempre a la misma hora.
 - ✓ Evitar que duerma durante el día. Por la mañana limite el tiempo de permanencia en la cama si no duerme. No utilice su dormitorio durante el día.
 - ✓ La actividad física se llevará a cabo en las primeras horas del día.
 - ✓ Evitar comidas copiosas a la hora de acostarse, pero tampoco acostarse con hambre. Un vaso de leche tibia o infusión puede ayudar a conciliar el sueño.
 - ✓ Reducir el consumo de líquidos después de cenar, para no tener que ir al servicio por la noche o a primeras horas de la mañana.
 - ✓ Si ingesta de cafeína, que sea por la mañana y en cantidades limitadas.
 - ✓ Mantener la habitación en condiciones óptimas para dormir (sin ruido, temperatura alrededor de 20°, sin exceso de luz, etc.).
 - ✓ Realizar rituales antes de irse a la cama (cepillar los dientes, lavarse,...).
 - ✓ Vaciar la vejiga antes de acostarse.
 - ✓ Dormir con prendas cómodas que no le molesten ni aprieten.
 - ✓ Evaluar si las medicinas que está tomando podrían mantenerle despierto y, si es así, si puede sustituirla por otra.
 - ✓ Si se despierta a causa del dolor, derivar al médico.
 - ✓ Mantener una postura correcta al dormir y usar una almohada de altura adecuada. Una mala posición al dormir le causara molestias o incluso dolores.
- **El uso de hipnóticos no debe ser la primera opción del tratamiento del insomnio**
 - ✓ Prescribir medicación para periodos cortos; limitar su uso a no más de 2-4 semanas.
 - ✓ Su uso intermitente es más adecuado.
 - ✓ Discutir con el residente los posibles riesgos (abuso, dependencia, tolerancia)
 - ✓ Alertar al residente del posible efecto rebote tras el cese del tratamiento
 - ✓ Realizar seguimiento para asegurar la retirada del medicamento.

TECNICA DE RELAJACIÓN

Existen unas técnicas de relajación que son efectivas, y estas se derivan al personal correspondiente.

TRATAMIENTO

Recomendar siempre medidas no farmacológicas, tratar la patología de base en caso de existir. La farmacoterapia esta indicada en el insomnio de corta duración, no en el crónico, excepto como adyuvante a otras medidas. A la hora de escoger un hipnótico, tener en cuenta que el anciano es más sensible, valorar patología concomitante, prever efectos secundarios e interacciones con otros fármacos. Usar benzodiazepinas de vida corta e intermedia como el **Lorazepam**. Ante problemas de dependencia y tolerancia enfatizar en un uso no continuado y alternar dos o tres benzodiazepinas. Evitar las de vida media larga, por mayor riesgo de acumulación de metabolitos activos. Otros fármacos como la **Trazodona**, en dosis de 50-75 mg, el **Zolpidem** y **Clometiazol** pueden ser eficaces y bien tolerados en ancianos, siendo una buena alternativa. Si el insomnio se acompaña de delirios o alucinaciones; y en caso de deterioro cognitivo, es preferible usar neurolepticos en dosis bajas. En general no es recomendable el uso de antihistamínicos por su potencia anticolinérgica central.

Si el anciano duerme una media de seis horas, evitar medicación.

REGISTRO DE SUEÑO

NOMBRE DEL RESIDENTE:

MOTIVO : INSOMNIO SIN HIPNÓTICO

INSOMNIO CON HIPNÓTICO

MODIFICACIÓN HIPNÓTICO

DÍA	DUERME				HORAS DE SUEÑO DE ----- A -----	OBSERVACIONES:
	SI		NO			
DÍA	DUERME				HORAS DE SUEÑO DE ----- A -----	OBSERVACIONES:
	SI		NO			
DÍA	DUERME				HORAS DE SUEÑO DE ----- A -----	OBSERVACIONES:
	SI		NO			
DÍA	DUERME				HORAS DE SUEÑO DE ----- A -----	OBSERVACIONES:
	SI		NO			
DÍA	DUERME				HORAS DE SUEÑO DE ----- A -----	OBSERVACIONES:
	SI		NO			
DÍA	DUERME				HORAS DE SUEÑO DE ----- A -----	OBSERVACIONES:
	SI		NO			
DÍA	DUERME				HORAS DE SUEÑO DE ----- A -----	OBSERVACIONES:
	SI		NO			

PROTOCOLO DE ULCERAS POR PRESION

La Úlcera por Presión (U.P.P) puede definirse como lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo sanguíneo a este nivel y como consecuencia de la isquemia se produce una degeneración rápida de los tejidos.

Es un problema común en el cuidado de los residentes con enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada, con importante morbi-mortalidad y elevada repercusión económica y social.

Lo más importante es que el 95% de las U.P.P son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos.

PERSONAL QUE LO REALIZA

- Auxiliar de enfermería
- Diplomado/a en enfermería

OBJETIVOS

- Mantener una piel intacta en el residente.
- Evitar signos de maceración o infección de la piel por el contacto de incontinencia fecal/ urinaria, sudoración, drenajes y exudados de heridas.
- Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencias óseas).
- Curar úlceras y evitar la aparición de nuevas.

PLAN DE ACTUACIÓN

Pasar Escala Nova 5 al ingreso del residente y una vez al año si no cursa ningún proceso de reagudización que indique deterioro.

- **En residentes con alto riesgo a padecer UPP establecer:**
 - Ayudas técnicas reductoras de presión (colchón antiescaras, cojines, arcos....).
 - Seguimiento (con registros) de cambios posturales.
 - Cumplimentar registro semanal de evolución de úlceras.
- **Mantener una piel intacta en el residente.**
 - Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
 - Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
 - Mantener la piel del residente en todo momento limpia y seca. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
 - Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.

- Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones).
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
- Aplicar emulsión cutánea suavizante, leche hidratante o vaselina líquida en las áreas de apoyo, procurando su completa absorción con un masaje suave.
- Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel esté intacta.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.

Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteros, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

- **Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal / urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.**

- Cuidados del residente: sondaje vesical si es necesario, colocar absorbentes o colectores.
- Asear al residente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel. Aseo matutino y vespertino.
- Reeducar en lo posible los esfínteres.
- En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera

- **Aliviar la presión en las áreas de riesgo (prominencias óseas).**

- En general, realizar cambios posturales cada 2-3 horas a los residentes encamados, respetando el descanso nocturno, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al residente para dar continuidad a los cuidados.
- Evitar en lo posible apoyar directamente al residente sobre sus lesiones.
- En residentes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados
- Mantener la alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, usando almohadas.
- Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados.
- Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo, salvo casos excepcionales (residentes con alimentación por SNG).
- Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (residentes de peso inferior a 75 Kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización.

- **Curar úlcera y evitar la aparición de nuevas.**

- ***ESTADIO I: eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en residentes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).***

- ✓ Lavar la zona afectada con agua templada y jabón neutro o de glicerina. Secar sin frotar.
- ✓ Hidratar y realizar masajes o fricciones suaves en la zona circundante para favorecer la circulación: aplicar cremas o aceites hidratantes, nunca sobre la lesión para no dañar la piel ya irritada.
- ✓ En zonas de lesión aplicar ácidos grasos hiperoxigenados.
- ✓ Eliminar la presión y todo roce en la zona afectada evitando cualquier postura que sobrecargue la presión sobre ella.
- ✓ Para proteger la piel se pueden utilizar películas de poliuretano, apósitos de espumas de polímero, hidrogeles o hidrocoloides.
- ✓ Extremar la vigilancia de la zona afectada y otras áreas de riesgo.
- ✓ Aumentar la frecuencia de los cambios posturales y extremar los cuidados generales de la piel.
- ✓ Ante una mala evolución de la lesión o alteración de la piel; avisar al enfermero/a. Si se confirma cambio de estadio dejar reflejado en hoja de enfermería e iniciar registro de UPP (registro semanal a realizar el día protocolizado).

- ***ESTADIO II: pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.***

- ✓ Lavar la zona afectada con suero salino, sin ocasionar traumatismo en el lecho de la herida. Cuando se utilicen apósitos de hidrogeles, hidrocoloides o alginatos se debe lavar la herida en cada cambio de apósito.
- ✓ No utilizar en la herida iodopovidona, hipoclorito de sodio, peróxido de hidrógeno y ácido acético, debido a su toxicidad para con los granulocitos, monocitos, fibroblastos y tejido de granulación.
- ✓ Sobre la zona afectada se puede colocar apósitos de espumas de polímero, hidrogeles o hidrocoloides.
- ✓ Si hay escaso exudado en la lesión se puede colocar espumas de polímero en forma de apósitos o esponja, o hidrogeles en forma de apósitos.
- ✓ Si se utilizan curaciones tradicionales y las gasas se pegan, es importante no arrancarlas y mojarlas 10 minutos con suero salino para que despeguen. También puede cubrirse la zona lesionada con gasa furacinada para evitar que estas se peguen.
- ✓ Extremar la vigilancia para detectar signos de evolución desfavorable.
- ✓ Aumentar la frecuencia de los cambios posturales y extremar los cuidados generales de la piel.
- ✓ Eliminar la presión y los roces sobre la zona afectada.
- ✓ Valoración nutricional por parte del servicio de nutrición de la residencia. Control de ingesta.
- ✓ Cumplimentar registro semanal de evolución de úlceras.

○ **ESTADIO III: pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera parece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.**

- ✓ Si hay dolor en la zona de la úlcera dar analgésicos una hora antes de la higiene y la cura.
- ✓ Lavar la zona afectada al igual que en las úlceras grado II.
- ✓ Si no hay signo de infección y poco exudado, se pueden colocar espumas de polímero en forma de apósito o esponja, hidrogeles o hidrocoloides en forma de apósitos o pasta.
- ✓ Si hay exudado abundante se recomienda hidrocoloides en forma de apósitos o gránulos, o alginatos.
- ✓ En los casos donde las lesiones son profundas, puede ser necesario asociar un apósito con una pasta o fibra para cubrir toda la superficie.
- ✓ Si la lesión presenta mal olor se recomiendan los alginatos.
- ✓ Si se observa sangrado, se puede realizar hemostasia. Si no hay dolor, puede hacerse con presión, o con toques de gasas empapadas en adrenalina al 1/1000 o apósitos hemostáticos. También se pueden colocar apósitos o fibras de alginato de calcio. Los iones calcio activan la cascada de la coagulación.
- ✓ Si hay infección extraer muestra para cultivo.
- ✓ Eliminar la presión y los roces de la zona afectada como en las úlceras grado I, colocar colchón de aire.
- ✓ Extremar la vigilancia para detectar signos de evolución desfavorable.
- ✓ Aumentar la frecuencia de los cambios posturales y extremar los cuidados generales de la piel.
- ✓ Comunicar al facultativo para valoración de estudio nutricional.
- ✓ Complimentar registro semanal de evolución de úlceras.

○ **ESTADIO IV: pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructura de sostén (tendón, cápsula articular, etc...). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.**

- ✓ Si hay dolor en la zona de la úlcera dar analgésicos una hora antes de la higiene y la cura. Evaluar la posibilidad de iniciar analgesia regulada.
- ✓ Lavar la zona afectada al igual que en las úlceras grado II.
- ✓ Si hay exudado abundante se recomienda utilizar hidrocoloides en forma de apósitos o gránulos, o alginatos en forma de apósitos o fibras. Dado que estas lesiones suelen ser profundas e incluso tener cavernas, es necesario asociar a los apósitos, pastas o gránulos de hidrocoloides o fibras de alginato. Tener en cuenta que en estos casos se debe cubrir hasta 1/3 de la lesión con las fibras o gránulos para permitir su expansión al absorber el exudado, sin desechar el apósito externo.

✓

- ✓ Si es necesario el desbridamiento se recomienda colocar hidrogeles líquidos, hidrocoloides en forma de apósitos o gránulos o alginatos en forma de apósitos o fibras. Cuando no se cuenta con estos materiales y el desbridamiento es necesario, se debe realizar una interconsulta con cirugía para evaluar la posibilidad de una escarectomía quirúrgica.
- ✓ Si hay infección extraer muestra para cultivo.
- ✓ Cumplimentar registro semanal de evolución de úlceras.

REGISTRO DE ULCERAS POR PRESIÓN

RESIDENTE _____ UNIDAD _____

FECHA						
SUPLEMENTO						
LOCALIZACION						
ESTADIO UPP						
DIMENSIONES	ALTO					
	ANCHO					
SIGNOS LOCALES INFECCION						
TEJIDO	NECROTICO					
	ESFACELADO					
	GRANULACION					
	EPITELIZACION					
EXUDADO	ESCASO					
	MODERADO					
	ALTO					
TT°	Antiséptico					
	Desbridamiento enzimático					
	Desbridamiento enzimático					
	Cicatrizante-Antibiótica					
	Antibiótica					
	Alginato					
	Carbón activado+Ag					
	Hidrocoloide extrafino					
	Hidrocelular o Hidropolimérico					
Otros						
ENFERMERO						

3. CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA EN RESIDENCIA

Datos personales.

- Nombre: _____

1.- NUTRICIÓN :

-Vía de alimentación: Oral SNG PEG Parenteral Otros: ____

-Tipo de dieta: Normal Triturada Especial Suplementos: _____

- Autonomía: Come sólo Precisa ayuda. - Riesgo de atragantamiento: Si No
Observaciones _____

2.- ELIMINACIÓN:

- Nivel de autonomía: Independiente Supervisión Dependiente.

- Uso de absorbentes: No Si (-DÍA: Anatómico Braga-pañal -NOCHE:

Anatómico Braga-pañal)

Urinaria:

- Control: Continente Incont. Ocasional Incont. Total.

- Vía: Fisiológica Sonda vesical Uretectomía

Intestinal:

- Control: Continente Incont. Ocasional Incont. Total.

- Vía: Fisiológica Colostomía Ileostomía.

- Observaciones: _____

3.- MOVILIZACION:

	AUTÓNOMO	AYUDA PARCIAL	AYUDA TOTAL
CAMA			
SENTADO			
CAMINA			

Tipo de ayuda: Silla de ruedas Andaderas Bastón Muletas Zapatos ortopédicos Personal

Sujeción: Cama (Abdominal Perineal) Silla de ruedas (Abdominal Perineal)

Observaciones _____

4.- REPOSO- SUEÑO.

- Conducta de sueño: Duerme de día Siesta Se despierta de noche.

- Ayudas para dormir: No Si _____

Observaciones _____

5.- AUTOIMAGEN.

- Nivel de Autonomía: Autónomo Supervisión Estimulación Dependencia

- Actitud: No Si (resistencia a cuidados, medicación y AVD)

Observaciones _____

6.- HIGIENE PERSONAL Y CUIDADOS DE LA PIEL.

- Nivel de Autonomía: Independiente Supervisión Estimulación Dependencia.

- Úlceras: UPP (NOVA 5 ____) Vasculares

TTO _____

- Edemas: No Si. – Lesiones dermatológicas _____

- Medidas preventivas: Cambio postural Colchón antiescaras Cojín antiescaras

Protectores Cuidados UPP

Observaciones _____

7.- SEGURIDAD.

- Agresividad: No Si (real, potencial, autoagresiva., heteroagresiva., personas, objetos)

- Problema visual: No Si _____

- Problema auditivo: No Si _____

- Mecanismos de seguridad: Sensor de movimiento Luz nocturna

- Vagabundeo: Si No

Observaciones _____

8.- COMUNICACIÓN:

- Estado de conciencia: Alerta Adormecido Confuso Comatoso

- Orientación: Temporal (Si No) Espacial (Si No)

- Lenguaje: Sin alteraciones Afasia Disartria Mutismo

- Observaciones:

Otra información de interés _____

FECHA: ____ / ____ / ____

FIRMA:

CUIDADOS	INDEPENDIENTE	PRECISA AYUDA/SUPERV	DEPENDIENTE
HIGIENE			
ALIMENTACIÓN			
VESTIDO			
ELIMINACIÓN (Uso de WC)			
DEAMBULACIÓN			
ACICALAMIENTO (Autoimagen)			

4. BIBLIOGRAFIA

1. **Rubenstein LZ.** Geriatric assesement. Clin Geriatr Med 1987; 3: 1-15
2. **Kane RA, Kane RL.** Assessing the elderly : A practical guide to measurement. Lexington: Lexington Books 1981.
3. **Luis MT, Fernández C, Navarro MV.** De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 2000.
4. **Criterios utilizados en la escala Nova 5.** Disponible en URL: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/nova5.htm>
5. **Tratamiento con insulina.** Capitulo II. Disponible en URL: <http://www.fundaciondiabetes.org/div/infantil/adjuntos/cap2.pdf>
6. **Diabetes Monitor - Insulin Pens.** Disponible en URL: <http://www.diabetesmonitor.com/pens.htm>
7. **Resumen actuación ante hipoglucemia/hiperglucemia - EnfermeriaUA0812.** Disponible en URL: <http://enfermeriaua0811.wetpaint.com/page/Resumen+actuaci%C3%B3n+ante+hipoglucemia%2Fhiperglucemia>
8. **WHO's pain ladder -Representación de la escalera analgésica de la OMS- página de la Organización Mundial de la Salud**
9. **Escalera analgésica de la OMS.** Disponible en URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Escalera_analg%C3%A9sica_de_la_OMS
10. **Necesidades de eliminación.** Disponible en URL: <http://www.cabildodelanzarote.com/areas/sanidad/geriatria/necesidades%20de%20eliminación.htm>
11. **Administración de enema de limpieza.** Disponible en URL: <http://www.enferurg.com/protocoloschus/801.pdf>
12. **Extracción manual de un fecaloma situado en ampolla rectal.** Disponible en URL: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/enema/fecaloma.asp>
13. **Obstrucción intestinal. Medicina de urgencias: GUIA diagnostica y protocolos de actuación.** Disponible en URL: http://books.google.es/books?id=_0XjCi_q5EgC&pg=PA301&lpg=PA301&dq=de+teccion+completa+y+persistente+del+transito&source=bl&ots=P6700lb1YZ&sig=sb6VuLMfFhxKlzvjmaqTJQLTrps&hl=es&ei=740KTLG7OqmJ4ga9pcysAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CA4Q6AEwAg#v=onepage&q&f=false
14. **Aseo del paciente encamado -Técnica de aseo del paciente encamado.** Disponible en URL: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm#marc03>
15. **Higiene del paciente y hospitalaria.** Disponible en URL: <http://www.salusinfirmorum.es/practicasyfundamentos/TALLER%203%20HIGIENE%20DEL%20PACIENTE>
16. **Salgado, A y Guillén, F.** Manual de Geriatria. [S.l.] 1994.
17. **Arroyo López, C Montes, N Pinto, T Cobos, F y López, E.** El anciano en casa. Los cuidados y los cuidadores. Index Enferm (Gran) 1994. III (8-9):18-19. Protocolo y pautas de actuación.
18. **Jiménez Herrero, F.** Gerontología 1993. [S.l.] 1993.
19. **Córdoba García, R.** La hipertensión en el paciente anciano. JANO. 1995 jul. XLIX: 1132.

20. **Alonso Rodenas, Carmen Malo Palomares, Juana M Sánchez Martínez, Encarnación Sánchez Jiménez, Antonia y Álamo Morante, Antonio.** [Incontinencia urinaria en el anciano. Plan de cuidados.](#) Rev. AE Enferm Urolog. 1997 oct-dic. 65:29-34.
21. **Domínguez Luna, A Navarro Arranz, Beatriz Juárez Ruperto, N Montero Vicente, Concepción Martínez Carrión, P Barbacil Millán, S y Cambronero Santos, J.** [Manejo de la incontinencia urinaria en el anciano.](#) Rev AE Enferm Urolog. 1999 abr-jun. 71:49-54.
22. **Iraizoz Itziar, M Dolores y Sancerní Oliván, Pilar.** [Incontinencia urinaria en el anciano.](#) Rev ROL Enferm. 1989 nov. XII(135):25-34.
23. **Incontinencia fecal.** Medline Plus. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003135.htm>
24. **Técnicas de movilización de pacientes.** Disponible en URL: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm>
25. **Técnicas de movilización y transporte de pacientes.** Disponible en URL: <http://inspeccion-uvmi3.iespana.es/inde7197.htm>
26. **Nogués, R.** [Características diferenciales de la nutrición enteral en el anciano.](#) Nutrición Clínica. 1995. 15(2):45-51.
27. **Montserrat Sanahuja Yll, Montserrat, Soler de Bièvre, Nathalie y Trallero Casañas, Roser.** [Manual de nutrición enteral a domicilio.](#) 2000.
28. **Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral.** [Manual de Nutrición Enteral en Atención Primaria.](#) [s.a.].
29. **Manual de Protocolos y Procedimientos.** Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Unidad de Proceso Enfermero. Málaga, 2004 (8ª edición). Disponible en URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0010.php>
30. **Guía de administración de medicamentos por sonda nasogastrica.** Disponible en URL: http://www.elcomprimido.com/FARHSD/BASESGUIAADMON_SNG.PDF
31. **Walter G. Leguizamón.** Gastrostomía endoscópica percutánea. (PEG). Disponible en URL: http://www.enfermeria.adepra.org.ar/sumarios/vII_Gastrostomia_Endoscopica_Percutanea.htm
32. **Díaz Mohedo, E Guillén Romero, F Labajos Manzanares, M T y Pineda Galán, C.** [Fisioterapia respiratoria en geriatría.](#) Gerokomos. 2000 ene. 11(1):31-35.
33. **Ibarra, Antonio José.** [Fisioterapia respiratoria.](#) 2001 ene
34. **Fernández-Reyes, Inés.** [Aspiración de secreciones traqueales y orofaríngeas.](#) Metas Enferm. 1999 dic-ene. II(21):16-19. Protocolo y pautas de actuación.
35. **Guerrero Castillo, Juan J.** [Aspiración de secreciones: vías oro y nasofaríngea.](#) Enferm Docente. 1992 mar. 43:20-21. Protocolo y pautas de actuación.
36. **Alamidos García, Pilar Menduïña Guillén, Manuel Jesús González Montoro, M Luisa y Menduïña Guillén, Ángela.** [Manejo de inhaladores y aerosolterapia.](#) Metas Enferm. 2005 dic-ene. 7(10):14-20.
37. **Administración de aerosolterapia.** Disponible en URL: <http://www.enferurg.com/protocoloschus/702.pdf>
38. **Jover Epinosa, Francisca.** Institución: Hospital Vall d'Hebron (Barcelona) [Los cuidados de una traqueostomía.](#) [2003].
39. **Cambios de canula de traqueostomía.** Disponible en URL: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo79/capitulo79.htm>

40. **López Muñoz, Cristina.** [El insomnio en el anciano.](#) Enferm Docente. 2000 may-ago. 69:31-34.
41. **Abad Massanet, Faustino y Arroyo López, C.** [Prevención y control no farmacológico del insomnio intrahospitalario.](#) Enferm Clínica. 1994 ene-feb. 4(1):3-9.
42. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
43. **Úlceras por presión.** Disponible en URL: <http://ulceras.net>
44. **Úlceras por presión.** Disponible en URL: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.html>
45. **Cuidados de enfermería en las úlceras por presión.** Disponible en URL: <http://www.terra.es/personal/duenas/10.html>
46. **Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión.** GNEAUPP. Doc. I. Disponible en URL: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/3_pdf.pdf
47. **Criterios utilizados en la escala NOVA 5.** Disponible en URL: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/nova5.htm>
48. **Redondo Limiñana, Leonor Gallardo Bayón, Consuelo Lorenzo Urbina, Carlos.** Manual sobre Incontinencia Urinaria.