

Protocols d'higiene i cures d'infermeria en l'àmbit socio sanitari

Regió Sanitària Lleida
Servei Català de la Salut


novembre 2019



/Salut



Generalitat
de Catalunya



Edició: CatSalut. Regió Sanitària Lleida
Edició: novembre 2019

© Disseny i maquetació: Arts Gràfiques Bobalà, SL
Sant Salvador, 8 · 25005 Lleida
www.bobala.cat

Índex

BLOC 1. PRECAUCIONS ESTÀNDARD I RISC BIOLÒGIC	7
1.1 Protocol precaucions estàndard	7
1.2 Protocol de risc biològic per exposició a fluids biològics	11
BLOC 2. HIGIENE DEL PERSONAL	15
2.1 Protocol d'higiene del personal	15
2.2 Protocol d'higiene de mans	16
2.2.1. Protocol de rentat higiènic de mans	16
2.2.2. Protocol antisèpsia de mans	17
2.3 Protocol d'ús de guants	21
BLOC 3. DESINFECCIÓ I ANTISÈPSIA	31
3.1 Protocol de neteja	31
3.2 Protocol de desinfecció	33
3.3 Protocol d'esterilització	35
3.4 Desinfectants i antisèptics recomanats	37
BLOC 4. HIGIENE DEL PACIENT	41
4.1 Protocol d'higiene corporal del pacient	41
4.2 Protocol d'higiene del cabell en el pacient enllitat	44
4.3 Protocol d'higiene dels ulls	46
4.4 Protocol d'higiene de la boca	48
4.5 Protocol d'higiene de l'orella	51
4.6 Protocol d'higiene de les ungles de mans i peus	53
4.7 Protocol d'higiene dels genitals	55
4.8 Protocol de rasurat	58
BLOC 5. LESIONS RELACIONADES AMB LA DEPENDÈNCIA	61
5.1 Protocol de lesions relacionades amb la dependència	61
5.1.1. Valoració	63
5.1.1.1 Factors extrínxets i intrínsets	63
5.1.1.2 Classificació	64
5.1.1.3 Escales de valoració	67
5.1.2. Prevenció	67
5.1.3. Tractament	69
5.1.4. Lesions d'extremitat inferior (vasculars i peu diabètic)	72
5.1.5. Annexos	76

BLOC 6. TÈCNiques D'INFERMERIA	81
6.1 Protocol de sondatge nasogàstric	81
6.1.1 Administració de nutrició enteral (NE)	84
6.2 Protocol de cateterisme vesical	87
6.2.1 Manteniment de cateterisme vesical	90
6.2.2 Control de diüresi	93
6.2.3 Canvi de bossa de diüresi	95
6.2.4 Retirada sondatge vesical	97
6.3 Protocol de realització de balanç hídric	99
6.3.1 Medir i pesar el pacient	103
6.4 Protocol de la via subcutània	105
6.4.1 Formes d'administració: perfusió subcutània contínua o en bolus	108
6.5 Protocol de cateterisme vascular	111
6.5.1 Cateterisme vascular perifèric	111
6.5.2 Cures, manteniment i retirada del cateterisme vascular central	113
6.5.3 Instauració de catèters centrals d'inserció perifèrica (PICC) d'una o més llums	117
6.5.4 Protocol de cures dels accessos venosos de llarga durada: reservoris	127
6.6 Protocol de mesura de glicèmia capil·lar	134
6.7 Protocol d'ostomies	136
6.7.1 Ostomies d'eliminació	136
A. Cura de les urostomies i nefrostomies	136
B. Cura de les il·liostomies i colostomies	141
6.7.2 Ostomies de nutrició	149
A. Gastrostomia endoscòpica percutània (PEG)	151
B. Gastrostomia radiològica percutània (PRG)	153
6.7.3 Ostomies respiratòries. Traqueostomia	154
6.8 Protocol paracentesi	159
6.9 Protocol toracocentesi	162
6.10 Protocol de cures i manteniment del drenatge pleural	165
6.11 Protocol Per a la recollida de mostres biològiques	171
6.11.1 Recollida de mostres sanguínies	171
6.11.2 Recollida de mostres d'una úlcera per pressió	177
6.11.3 Recollida d'exsudat	179
6.11.4 Recollida mostra d'esput	182
6.11.5 Recollida de mostres d'orina	184
6.11.6 Recollida de mostres fecals	188
BLOC 7. PREVENCIÓ D'INFECCIONS ESPECÍFIQUES	191
7.1 Protocol de prevenció d'infeccions específiques	191
7.1.1 Precaucions per evitar la transmissió per contacte	193
7.1.2 Precaucions per evitar la transmissió per aire	195
7.1.3 Precaucions per evitar la transmissió per gotes	196
BLOC 8. MANEIG DE RESIDUS SANITARIS	201
8.1 Protocol de maneig dels residus sanitaris	201

GRUP DE TREBALL

Coordinació Institucional

Marta Gabernet Foix, coordinadora atenció integrada i cronicitat. *Regió Sanitària Lleida. CatSalut*

Coordinació Clínica

Elibia Villalba Fernández, *direcció Hospital Hestia Balaguer*

Integrants del grup de treball

Teresa Morales Jovellar, *cap d'infermeria Centre Psicogeriatric Terraferma Alpicat*

Esther Garcia Cuadrat, *cap d'infermeria Hospital Jaume Nadal Meroles, Lleida*

Sònia Aguiló Sánchez, *supervisora d'infermeria servei de Geriatria i Sociosanitari HUSM, GSS Lleida*

Selene Rodríguez Jiménez, *infermera unitat de subaguts HUSM, GSS Lleida*

Mireia Badia Bernaus, *infermera PADES HUSM, GSS Lleida*

Rosamary López Salcedo, *infermera control d'infeccions. UFIN HUAV, ICS Lleida*

Dolors Castellana Perelló *infermera control d'infeccions. UFIN HUAV, ICS Lleida*

Irene Montardit Bertral, *supervisora de control d'infeccions. UFIN HUSM, GSS Lleida*

Sandra Alexandre Solano, *infermera referent de ferides APS ICS Lleida*

Montse Farran Jové, *adjunta direcció APS ICS Lleida*

Marisa Regany Rodríguez, *cap d'àrea d'infermeria i continuïtat assistencial APS ICS Lleida*

Judith Roca Llobet, *degana de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia, UdL*

REVISIÓ I EDICIÓ

Rosa Segura Sebastià, *comunicació i publicacions Regió Sanitària Lleida. CatSalut*

Roland Pastells Peiró, *COILL. Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia, UdL*

Arts Gràfiques Bobalà

PROFESSIONALS COL-LABORADORS

Joana Barberà Cortada

Fernando Barcenilla Gaité

Joan Canales Biosca

Jordi Cortada Echaz

Cristina Fumàs Pascual

Neus Gaig Piñol

Alfredo Jover Saenz

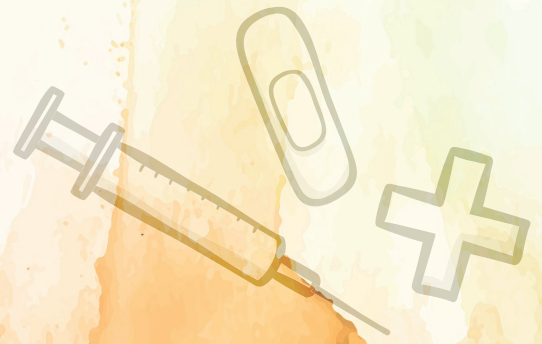
Mònica Montoliu Sabartés

Teresa Noguera Rico

M Antonieta Quintillà Gatnau

Marcos Serrano Godoy

Precaucions estàndard i risc biològic



1.1. PROTOCOL PRECAUCIONS ESTÀNDARD

Conjunt de principis higiènics bàsics per evitar la transmissió de microorganismes vehiculitzats per sang o fluids orgànics.

FINALITAT

- Prevenir la infecció/colonització per microorganismes d'especial importància, en tots els pacients hospitalitzats, independentment del seu diagnòstic o estat infecciós.
- Prevenir l'exposició parenteral de les mucoses i pell no intacta dels treballadors sanitaris a les infeccions que s'encomanen amb la sang o altres líquids orgànics.
- Minimitzar el risc de transmissió de microorganismes que s'eliminen per via respiratòria mitjançant gotes.

APLICACIÓ

- S'han d'aplicar a tots els pacients, sigui quin sigui el nivell de sospita de confirmació d'una possible infecció, i en qualsevol tipus de centre sanitari.
- Sempre que hi pugui haver contacte amb: sang, secrecions, excrecions, pell no íntegra, membranes mucoses...
- En pacients i acompanyants que presentin signes de malaltia de les vies respiratòries (tos, esternuts, rinorrea o producció de secrecions respiratòries).



NORMES

1. Rentat higiènic de mans i/o aplicació de solució alcohòlica:

Els cinc moments segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS):

- Abans del contacte directe amb el pacient.
- Abans de fer-li una tècnica asèptica o de manipular un dispositiu invasiu, malgrat l'ús de guants.
- Després d'haver tingut contacte amb algun fluid o secreció corporal.
- Després d'haver tingut contacte amb el pacient.
- Després d'haver tingut contacte amb l'ambient inanimat del voltant del pacient.

2. Equip de protecció personal:

Guants:

- Imprescindibles sempre que es manipuli sang, líquids orgànics, secrecions, excrecions, pell no íntegra.
- Estèrils, quan es manipuli sobre llocs corporals normalment estèrils, i d'exploració en altres casos.
- Canviar-se'ls entre actuacions sobre el mateix pacient, sobretot si es va de procediments bruts a d'altres més nets.
- Treure-se'ls immediatament després d'utilitzar-los i fer una higiene de les mans abans de tocar materials o superfícies no contaminades i abans d'atendre un altre pacient.
- Mai s'han de reutilitzar siguin del tipus que siguin.
- Els guants no quirúrgics perden la seva integritat amb l'ús. Cal fer-los servir només durant el temps imprescindible i, si és necessari, posar-se'n uns altres. Abans de posar-se uns guants nous cal fer una higiene de les mans.

Bata:

- Neta (no cal que sigui estèril) per protegir la pell i evitar que es taqui la roba quan es prevegi que s'han de dur a terme procediments que poden generar esquitxades de sang i secrecions corporals.
- Cal treure's la bata bruta el més aviat possible i fer una higiene de mans per evitar la transmissió de microorganismes a altres pacients o a l'entorn.

Mascareta quirúrgica i protector ocular:

- Cal fer servir mascareta (repel·lent de fluids) amb protector ocular per protegir les membranes mucoses dels ulls, el nas i la boca durant els procediments on es puguin produir esquitxades amb sang, fluids corporals, secrecions o excrecions.



3. Prevenció de les exposicions accidentals a sang i fluids orgànics:

- Prevenir lesions quan s'utilitzin agulles, bisturís o material tallant o punxant i quan es manipuli aquest material per netejar-lo o llençar-lo.
- La part metàl·lica de l'agulla no s'ha de tocar mai amb les mans.
- Les agulles utilitzades no s'han de tornar a encaputxar mai.
- Introduir sistemes que minimitzin el risc a les exposicions accidentals per agulles (llancetes seguretat, dispositius sense agulles...).
- Emprar recipients rígids per a residus de grup III (s'han de col·locar en llocs accessibles):
 - Entrar els recipients als llocs on es realitzen les tècniques, i treure'ls fora un cop finalitzada la tasca de risc.
 - Els recipients no s'han d'omplir més del 75-80 % de la seva capacitat.
 - És recomanable utilitzar sistemes de separació d'agulla i xeringa.
 - Llençar el material que punxa i talla personalment i de manera immediata dins els contenidors.

4. Mesures per evitar la transmissió de microorganismes en unitats i serveis especials (quiròfans i reanimació, servei de diagnòstic per la imatge, ambulàncies, lliteres, cadires, grues):

- Entre un malalt i un altre, cal canviar tota la roba emprada i posar-la dins una bossa de plàstic degudament tancada.
- Totes les superfícies i utilatge que hagin estat en contacte amb un malalt, s'han de netejar i desinfectar segons protocols.

5. Higiene respiratòria:

S'adrecen a aquelles persones i acompanyants en els quals es detecta que tenen signes compatibles amb algun tipus d'infecció respiratòria transmissible (tos, esternuts, rinorrea o producció de secrecions respiratòries):

- En tossir o esternudar, s'han de tapar la boca i el nas amb mocadors d'un sol ús.
- Per mocar-se utilitzar mocadors d'un sol ús i llençar-los a la paperera destinada a aquest ús.
- Fer la higiene de mans després d'esternudar o tocar secrecions respiratòries.
- No tocar-se les membranes mucoses dels ulls i del nas amb les mans brutes.
- Evitar que els pacients amb símptomes respiratoris se situïn a prop de la resta de pacients.
- Els pacients amb tos han de posar-se una mascareta quirúrgica, tant durant l'estona que esperen a ser atesos, com durant l'atenció sanitària.
- El personal sanitari ha de seguir les precaucions de gotes i la higiene de mans quan contacti amb pacients que tenen signes o símptomes d'infecció respiratòria.



6. Pràctiques segures en l'administració d'injeccions:

- Tècnica asèptica en la preparació i administració de la medicació parenteral (agulla i xeringa estèril d'un sol ús en cada injecció).
- Prevenció de la contaminació de l'equip d'injecció i de la medicació.
- Usar només vials monodosi.

7. Pràctiques segures per a punxions lumbars:

- El personal sanitari ha d'utilitzar mascareta quirúrgica per evitar la transmissió al pacient d'agents infecciosos provinents de la seva pròpia orofaringe.

8. Habitació i material del malalt:

Habitació:

- Es pot compartir habitació a menys que el pacient requereixi precaucions basades en la transmissió.
- Seguir el protocol de neteja i desinfecció de superfícies, mobiliari i aparells.

Material del malalt:

- El material per a la higiene personal (orinal pla, ampolla, gibrell) han de ser d'ús exclusiu per a cada pacient.
- El material reutilitzable no s'ha de fer servir per un altre pacient fins que no s'hagi netejat, desinfectat o esterilitzat.

Roba:

- Manipular, transportar i processar amb cura. No s'ha d'espolsar mai ni deixar-la fora de les bosses/carrets, els quals han de disposar de tapadora i han de ser especials per realitzar la tasca del transport.
- S'ha de vigilar que no accedeixi a la bugaderia cap estri de tipus punxant ni tallant barrejat amb la roba així com també s'ha de retirar tot tipus d'esparadrap que pugui estar enganxat als llençols.
- En cas de fer rasurats al llit del malalt, s'ha de procurar recollir els pèls amb tovalloles de paper o gases per no barrejar-ho amb la roba, ja que una vegada introduïda a la rentadora és molt difícil desenganxar-los.
- El procés de rentat industrial de la roba n'assegura la descontaminació. Cal assegurar-se que les condicions de calor i desinfecció siguin les adients a cada tipus de roba (roba altament contaminada, roba bruta i roba usada).

Estris de menjar:

- La combinació d'aigua calenta amb els detergents utilitzats en les rentavaixelles dels hospitals, és suficient per descontaminar plats, vasos, tasses i altres estris.



1.2. PROTOCOL DE RISC BIOLÒGIC PER EXPOSICIÓ A FLUIDS BIOLÒGICS

DEFINICIÓ

Precaucions a tenir en compte quan s'utilitza qualsevol tipus de material que pugui produir lesió per punció o tall o quan es duguin a terme tècniques que puguin comportar un risc d'exposició accidental a qualsevol fluid corporal (líquid cefaloraquidi, pericàrdic, pleural, sinovial, peritoneal, amniòtic...), secreció, excreció o teixit, encara que no tinguin sang visible, pell no íntegra i membranes mucoses. El maneig d'objectes punxents comporta un risc considerable de lesió i contagi de malalties infectocontagioses.

És important manejar correctament aquests objectes per disminuir el risc.

OBJECTIUS

- Minimitzar el risc de transmissió d'infeccions entre el personal i els pacients.
- Maneig correcte dels objectes punxents per disminuir o eliminar accidents del personal.

MATERIAL

- Guants.
- Contenedors rígids.
- Equips dotats de sistemes de seguretat (llancetes, xeringues precarregades, palometes, brànula...).

PREPARACIÓ PERSONAL

- Utilització sistemàtica dels elements de protecció barrera (guants, bata, mascareta, protecció ocular) i material de seguretat si es disposa.
- Utilització sistemàtica de les precaucions estàndard en qualsevol procediment.

PROCEDIMENT

- Dipositar sempre el material punxant en contenidors rígids resistents a la punció o tall sempre amb guants.
- Substituir el contenidor per un de nou quan estigui al 75 % de la seva capacitat.
- Tancar-lo hermèticament i procedir a avisar l'empresa autoritzada contractada pel centre per a la seva posterior esterilització i assimilació com a residu municipal.



RECOMANACIONS



- NO reencaputxar mai agulles ni bisturís.
- NO doblegar ni trencar agulles amb la mà.
- NO retirar les agulles de la xeringa amb la mà.
- NO deixar mai en les bates xeringues amb agulles utilitzades.
- NO llençar objectes punxents o tallants a la bossa d'escombraries.
- NO introduir mai les mans en els contenidors rígids.
- En pacients agitats o desorientats NO realitzar mai tècniques invasives sense col·laboració d'una altra persona: en qualsevol moviment brusca l'objecte punxent pot lesionar tant el pacient com el professional.
- Les normes de maneig dels objectes punxents han de ser seguides per tots els professionals sense excepcions. Aquest seguiment redueix en gran mesura el risc d'accidents.

Actuació en cas de punxada accidental o exposició cutània de pell no íntegra:

1. Induir el sagnat de la zona afectada (en cas de punxada).
2. Rentar-se amb abundant aigua i sabó.
3. Desinfectar la zona amb clorhexidina o povidona iodada i tapar-la.
4. Avisar immediatament a la persona responsable del centre en aquell moment.

Posteriorment s'actuarà segons el protocol de cada centre.
Emplenar l'informe d'accident laboral. Registrar-ho sempre.

Actuació en cas d'exposicions cutànies de pell íntegra:

Rentar la part exposada amb aigua i sabó.

Actuació en cas d'exposició a mucoses:

Conjuntiva ocular: rentat abundant amb sèrum fisiològic o aigua, sense friccionar.
Mucosa oral o nasal: rentats bucals amb aigua.



BIBLIOGRAFIA

CAMPS N, ESPUÑES J, IZQUIERDO C, NAVARRO G. *Protocol d'investigació de brots d'infeccions nosocomials*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2011.

DOMUS VI. *Manuales y protocolos de enfermería*. Barcelona: Domus Vi; 2017.

DOMÍNGUEZ A, GIL J, PI-SUNYER T, RODRIGO J. *Precaucions d'aïllament per evitar la transmissió d'agents infecciosos als centres sanitaris*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2009.

Gestió de Serveis Sanitaris. *Manuales i protocols assistencials de l'Hospital Universitari Santa Maria*. Lleida: Gestió de Serveis Sanitaris; 2017.

Hestia Balaguer. *Manuales i protocols d'infermeria*. Balaguer: Hestia; 2017.

LETANG E, GARCÍA-SÁNCHEZ J, MENSA J, MARCO F, GATELL J, LÓPEZ-SUÑÉ E. *Guía de terapéutica antimicrobiana*. 28th ed. Barcelona: Antares; 2018. 914 p.

SALLERAS SANMARTÍ L, editor. *Activitats preventives per a la gent gran: Llibre blanc*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Salut Pública; 1999. 353 p.

SARQUAVITAE. *Manuales i protocols d'infermeria*. Lleida: Sarquavitae; 2016.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)

Higiene del personal

2.1. PROTOCOL D'HIGIENE DEL PERSONAL

DEFINICIÓ

Mesures higièniques generals que el personal ha de tenir presents en l'atenció a les persones ingressades als centres socio-sanitaris.

OBJECTIUS

- Protegir la salut del personal i la salut de l'usuari.
- Evitar transmissió de gèrmens.
- Reduir infeccions del centre.

PROCEDIMENT

- Les mans han d'estar netes i ben cuidades.
- Les ungles han d'estar netes, curtes i sense esmalt.
- Evitar anells i polseres (dificulten la neteja i són vehicle de gèrmens).
- Canviar-se els guants per cada pacient i per cada procediment.
- Portar el cabell recollit. Portar l'uniforme net i canviar-lo sempre que sigui necessari.
- Calçat específic per al centre.
- Si s'utilitzen colònies, hauran de ser discretes. Evitar l'ús de perfums i desodorants forts.

RECOMANACIONS

- No els mateixos guants per a diferents pacients.



2.2. PROTOCOL D'HIGIENE DE MANS

DEFINICIÓ

Eliminar la brutícia, la matèria orgànica i la flora transitòria de les mans, per aconseguir un elevat grau d'asèpsia. Existeixen diferents tècniques de rentat de mans, dependran de les indicacions a realitzar.

2.2.1. Protocol de rentat higiènic de mans

OBJECTIUS

- Eliminar les restes de matèria orgànica, pols o qualsevol altra brutícia de les mans abans i després de tot tipus de pràctica sanitària.

MATERIAL

- Sabó dermatològic.
- Paper de mans d'un sol ús.
- Aigua corrent.

PROCEDIMENT

- Obrir el pas d'aigua i mullar-se les mans i els canells.
- Aplicar el sabó.
- Ensabonar mans i canells, intensificant en els espais interdigitals, dits i les ungles durant 15 segons.
- Esbandir amb aigua abundant.
- Eixugar les mans, canells i espais interdigitals.
- Tancar l'aixeta amb una tovallola de paper d'un sol ús o amb el colze.

RECOMANACIONS

Al començar i acabar la jornada laboral.

Abans i després:

- de realitzar extraccions sanguínies.
- d'utilitzar guants nets.
- de revisar vies urinàries, vasculars i respiratòries.
- de menjar.
- de la preparació de la medicació.
- d'utilitzar el vàter.



2.2.2. Protocol antisèpsia de mans

AMB SABÓ ANTISÈPTIC

OBJECTIUS

- Destruir els microorganismes patògens existents a les mans.

MATERIAL

- Sabó antisèptic.
- Paper de mans d'un sol ús.
- Aigua corrent.

PROCEDIMENT

- 1 Obrir el pas d'aigua i mullar-se les mans i els canells.
- 2 Aplicar el sabó antisèptic.
- 3 Ensabonar mans i canells, intensificant en els espais interdigitals, dits i les ungles durant 15 segons.
- 4 Esbandir amb aigua abundant.
- 5 Eixugar les mans, canells i espais interdigitals.
- 6 Tancar l'aixeta amb una tovallola de paper d'un sol ús o amb el colze.



Imatge 1. Els 10 passos per realitzar una correcta antisèpsia de mans amb sabó. Gencat maig 2015.

RECOMANACIONS



Abans de col·locar-se els guants estèrils.

Abans de realitzar tècniques invasives amb el pacient:

- Inserció de catèters.
- Extracció d'hemocultius.
- Inserció de catèters urinaris.
- Pràctica de cures.
- Aspiració bronquial.
- Abans del contacte amb pacients immunodeprimits en situacions de risc de transmissió.
- Davant de brots epidemiològics.
- Davant pacients amb criteris d'aïllament.
- Després de contacte amb material o superfície potencialment contaminat.

AMB SOLUCIÓ ALCOHÒLICA

OBJECTIU

- Destruir els microorganismes patògens existents a les mans.

MATERIAL

- Solució alcohòlica.

PROCEDIMENT

- Apliqueu entre 3 ml i 5 ml del producte al palmell d'una mà, i friccioneu tota la superfície de les mans i dits durant 30 segons i/o fins que les mans s'assequin.
- Passos que heu de seguir:
 1. Palmell contra palmell
 2. Palmell de la mà dreta sobre el dors de la mà esquerra i a l'inrevés
 3. Palmell amb palmell amb els dits entrelaçats
 4. Dors dels dits contra el palmell oposat, amb els dits travats
 5. Friccioneu per rotació el polze esquerre dins del palmell dret i a l'inrevés
 6. Friccioneu per rotació les puntes dels dits units sobre el palmell de la mà contrària i a l'inrevés



Imatge 2. Els 6 passos per realitzar una correcta antisèpsia de mans amb solució alcohòlica. Gencat maig 2015.

RECOMANACIONS

Si les mans no estan visiblement brutes es farà servir un producte a base d'alcohol en les situacions següents:

- Abans de tot contacte directe amb el pacient
- Abans de donar-li una medicació
- Abans d'inserir una sonda vesical, catèters venosos perifèrics o altres procediments invasius que no requereixin un rentat quirúrgic
- Després del contacte amb la pell íntegra del pacient, per exemple després de prendre el pols, la temperatura, la pressió sanguínia, d'alçar el pacient, etc.
- En canviar de procediment en un mateix pacient
- Després del contacte amb objectes inanimats del voltant immediat del pacient
- Abans i després d'utilitzar els guants
- A l'entrar i sortir d'una habitació amb mesures d'aïllament

Es recomana fer un rentat de mans amb sabó normal després de 10 aplicacions de solució alcohòlica

BLOC 2 HIGIENE DEL PERSONAL

A continuació es mostra una taula resum on s'identifiquen els diferents moments on està indicada la higiene de mans i quin tipus d'higiene n'és la indicada.

Taula 1. Resum dels tipus de rentats de mans i els moments en els quals estan indicats. Elaboració pròpia.

Indicacions	Rentat higiènic	Rentat antisèptic	Antisèpsia amb solució alcohòlica
En començar i acabar la jornada laboral	X		
Cada vegada que les mans estiguin visiblement brutes	X		
Abans i després d'activitats quotidianes (menjar, mocar-se, esternudar, fer ús del vàter...)	X		
Abans i després de preparar, repartir o servir menjar	X		X
Abans i després del contacte amb cada pacient	X		X
Entre dos procediments diferents en el mateix pacient	X		X
Després del contacte amb sang, qualsevol fluid corporal, secrecions, membranes mucoses o pell no íntegra, encara que s'hagin usat guants	X		X
Abans i després de preparar i administrar medicació	X		X
Després del contacte amb qualsevol objecte contaminat	X		X
Abans i després de fer servir els guants	X		X
Abans de realitzar procediments invasius que requereixin una tècnica estèril però no quirúrgica (inserció de catèters, sondatge vesical...)		X	X
En sortir de l'habitació de malalts amb precaucions d'aïllament, malalts sèptics o potencialment colonitzats amb microorganismes epidemiològicament virulents		X	X
Abans de la realització d'hemocultius		X	X
Abans de manipular catèters venosos centrals i nutrició parenteral		X	X
Abans de la cura de ferides		X	X
Abans d'atendre pacients amb neutropènia severa o altres formes de depressió immunològica		X	X
Davant exposició a espores		X	
Quant no sigui possible utilitzar solució alcohòlica		X	

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



2.3. PROTOCOL D'ÚS DE GUANTS

FINALITAT

Els guants sanitaris són equips destinats a protegir totalment o parcialment la mà. També poden cobrir l'avantbraç i el braç.

OBJECTIUS

- Proporcionar una barrera protectora i prevenir la contaminació de les mans del personal sanitari.
- Prevenir que la flora de les mans del personal sanitari es transmeti als pacients.
- Reduir la contaminació de les mans del personal sanitari a fi d'evitar la transmissió entre un malalt i un altre.
- Disminuir el risc de transmissió d'agents biològics en cas de punxades accidentals.
- Conferir una barrera protectora enfront altres tipus de contacte i exposicions de risc, com ara a agents citostàtics, productes irritants, càustics o corrosius, temperatures extremes, electricitat, radiacions, agents mecànics, etc.

RECOMANACIONS D'ÚS



Quan s'han de fer servir guants?

- Cal utilitzar els guants quan es manipuli o hi hagi la possibilitat de tocar sang, fluids corporals, secrecions, excrecions, membranes mucoses, pell no íntegra, material contaminat o productes químics.
- Cal fer servir guants estèrils quan es manipuli sobre llocs corporals normalment estèrils o quan es realitzin tècniques que requereixin un alt grau d'asèpsia: procediments quirúrgics; inserció de catèters venosos centrals i arterials; sondatge vesical; puncions pleurals, peritoneals, lumbars; tactes vaginals; etc.
- Cal escollir el tipus de guants i la talla adequats a cada tasca i segons les característiques especials de cada treballador.

Quan no caldrà l'ús de guants?

- Quan el contacte és amb pell intacta del pacient: canvis posturals, mobilització o trasllats de pacients, presa de constants, administració de medicació oral, realització d'ECG., exploracions radiològiques, fisioteràpia, manipulació de material net.
- Per agafar el telèfon, escriure a la història clínica o l'ordinador, obrir portes, etc.
- Canviar o recollir roba del llit (llevat de si està tacada de fluids corporals).
- Repartir o recollir safates de menjar.
- No s'ha de circular pels passadissos, consultes ni per les unitats d'infermeria amb els guants posats.

Abans de fer servir els guants

- Comprovar i mantenir la seva integritat.
- Les mans han d'estar netes i seques.
- Retirar anells, rellotges o altres objectes que puguin trencar-los.
- Portar les ungles curtes.
- No aplicar cremes a les mans perquè poden modificar les propietats dels guants.
- Aprofitar els moments de descans per hidratar-les.
- Els guants s'han d'agafar directament de l'envàs original, no s'han de guardar a la butxaca ni en altres llocs.
- S'han de posar immediatament abans de començar el procediment i cal retirar-los tan aviat com s'hagi acabat, per tant s'han de treure i posar davant del pacient.

Durant l'ús de guants s'ha de tenir en compte que

- Poden perdre la seva integritat amb l'ús i, per tant, s'han de canviar. La freqüència màxima de canvi depèn de la tasca realitzada i del tipus de guant.
- No tocar-se amb els guants els ulls, nas, mucoses o pell.
- Es recomana l'ús de doble guant per a tècniques invasives d'alt risc.

Cal canviar-se els guants

- Si es trenquen o contaminen.
- Entre un pacient i un altre (l'error de NO treure's els guants entre contactes amb pacients suposa un greu risc d'infecció nosocomial).
- Entre diferents tasques en el mateix pacient.
- Respectant la freqüència de canvi recomanable.

Després de l'ús de guants






- Retirar-los immediatament després de finalitzada la tasca (abans de tocar articles no contaminats i superfícies ambientals).
- Rentar-se les mans (els guants NO ofereixen una completa protecció contra la contaminació de les mans, bé sigui pels petits defectes d'aquests o pel mateix procediment de retirar-los). Els guants no substitueixen la higiene de les mans.
- Mantenir les mans ben seques i hidratades.
- Les mans no s'han de rentar amb els guants posats ni aquests s'han de reutilitzar.





Tipus de guants

Per anomenar els diferents tipus de guants que existeixen, el seu ús, les seves característiques i el nivell de protecció s'ha creat la següent taula (vegeu taula 2).

Taula 2. Resum dels tipus de guants existents amb el seu ús, les seves característiques i el nivell de protecció. Elaboració pròpia.

	ÚS I FREQUÈNCIA DE CANVI	CARACTERÍSTIQUES I NIVELL DE PROTECCIÓ
NO ESTÈRILS		
 Nitril	Guant d'examen: 15-30 minuts	<ul style="list-style-type: none"> • Adequada protecció davant risc biològic • Indicats per a persones amb hipersensibilitat al làtex
 Vinil	Guant d'examen: 15 minuts	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa adaptabilitat i sensibilitat al tacte • Poc efecte barrera i, per tant, baixa protecció davant risc biològic • Baixa resistència a la perforació
 Làtex- citostàtics	Manipulació citostàtics: 30 minuts i de manera immediata davant de contaminació, trencament o perforació del material	<ul style="list-style-type: none"> • Major gruix als dits • Sense pols. No atreu les partícules de citostàtics • Adequada protecció davant risc químic i biològic
ESTÈRILS		
 Làtex	Guant de cirurgia: 1-3 hores	<ul style="list-style-type: none"> • Bona adaptabilitat i sensibilitat al tacte • Adequada protecció davant risc biològic
 Neoprè	Guant de cirurgia: 1-3 hores	<ul style="list-style-type: none"> • Bona adaptabilitat i sensibilitat al tacte • Adequada protecció davant risc biològic • Indicats per a persones amb hipersensibilitat al làtex



 <p>Polisoprè</p>	<p>Guant de cirurgia: 1-3 hores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bona adaptabilitat i sensibilitat al tacte • Adequada protecció davant risc biològic • Indicada per a persones amb hipersensibilitat al làtex i neoprè • Restringit per ús a l'àrea quirúrgica
 <p>Làtex de cautxú natural</p>	<p>Manipulació agents químics i fàrmacs citostàtics: 30 minuts i de manera immediata davant de contaminació, trencament o perforació del material</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adequada protecció davant el risc químic i bacteriològic, segons norma EN 374-1-2-3 • Sense pols

Consideracions

- L'ús prolongat de guants pot generar sudoració i maceració de la pell. Cal utilitzar guants de protecció només quan sigui necessari i preferentment sense pols.
- Per a la neteja de superfícies i de material contaminat es recomana emprar guants de goma de tipus domèstic, ja que protegeixen millor dels accidents.
- Cada tipus de guants s'ha de fer servir en unes tasques determinades en funció del risc que volem evitar: el risc de transmissió d'una infecció al pacient o dels riscos a què s'exposa el professional.
- S'ha de tenir en compte que no hi ha guants que evitin la punxada accidental, però que el seu ús redueix en un 50 % aproximadament el volum de sang transferida i disminueix, així, el risc de transmissió d'agents biològics.
- Davant de reaccions de sensibilitat, dermatitis, etc. degudes o no a l'ús de guants, notificar al vostre comandament i consultar a l'especialista per evitar que el problema s'aguditzï.
- En relació amb la manipulació de citostàtics i agents químics (detergents, reactius de laboratori, dissolvents, etc.), s'han de tenir en compte els protocols específics i la fitxa de dades de seguretat del producte.



Taula 3. Higiene de mans, ús de guants. Taula resum on s'identifiquen els diferents moments en què està indicada la higiene de mans i la necessitat d'ús de guants.

INDICACIONS	HIGIENE DE MANS		GUANTS
	ABANS	DESPRÉS	
Quan es manipuli o hi hagi la possibilitat de tocar sang, fluids corporals, secrecions, excrecions, membranes mucoses, pell no íntegra, material contaminat o productes químics	X	X	X
Administrar medicació intravenosa, subcutània, intramuscular...	X	X	X
Obtenir mostres de sang.	X	X	X
Aspiració o intubació.	X	X	X
Col·locació de catèters.	X	X	X
Canvis posturals, mobilitzacions.	X	X	X
Aïllament de contacte.	X	X	X
Maneig de roba bruta, materials de rebuig...		X	X
Contacte amb pell intacta del pacient (tractaments fisioteràpia, presa de constants, ECG, exploració radiològica...).	X	X	
Agafar el telèfon, escriure a la història clínica o a l'ordinador, obrir portes, etc.		X	
Conversar amb el pacient.			
Trasllat del pacient.	X	X	
Repartir i recollir safates de menjar.	X	X	
Administrar medicació via oral.	X	X	
Ajustar fluidoteràpia endovenosa.	X	X	

Manipulació de guants estèrils

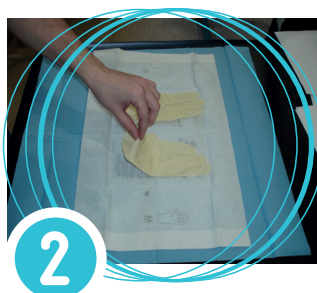
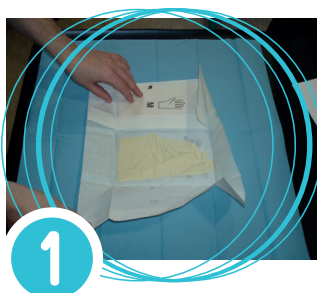
Iniciar amb rentat de mans amb sabó antisèptic o antisèpsia de mans amb solució alcohòlica, segons protocol d'higiene de mans.

Col·locació de guants:

- Agafar el paquet de guants.
- Verificar integritat de l'embolcall, correcte viratge del control químic extern i observar data de caducitat. Cal recordar que qualsevol alteració vol dir que no es poden utilitzar aquests guants.
- Obrir el paquet de guants per on indica l'embolcall.
- Treure el sobre amb els guants i col·locar-lo sobre un lloc pla, net, sec i segur.
- Dirigir-se a la línia mitjana de la part inferior de l'embolcall i procedir a obrir-lo cap a l'exterior amb precaució de no tocar els guants.



- Obrir el primer plec.
- Deixar ben pla el paper on estan els guants.
- Observar que els guants estan retolats de la següent manera:
 - “R” Right pel guant de la mà Dreta
 - “L” Left pel guant de la mà Esquerra
- Agafar el guant per la base, fent pinça amb el dit índex i polze de la mà dominant, introduint aproximadament un centímetre el dit polze dins el guant.
- Aixecar el guant, allunyat del cos i d'objectes que poguessin entrar en contacte amb ell.
- Introduir la mà en forma de pala amb el dit polze sobre el palmell mirant cap a dalt i ajustar el guant a la seva mà.
- Introduir la mà (que té el guant posat) amb forma de pala, en el plec del guant amb els dits mirant cap a un mateix.
- Col·locar la mà dreta en forma de pala mirant cap a dalt i introduir el guant en la nostra mà, ajustar fent coincidir els dits de la mà amb el del guant.
- Si en el procés de col·locació de guants, aquests queden mal ficats s'han d'ajustar un cop les dues mans estiguin enguantades.

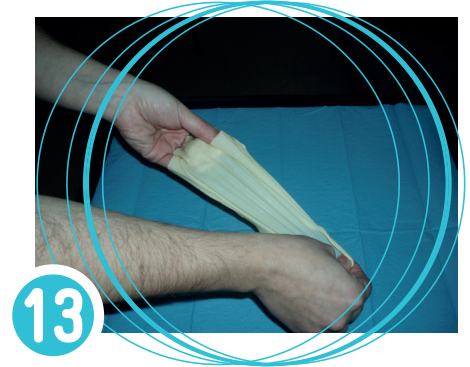
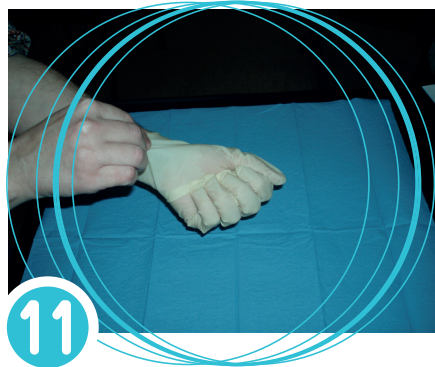
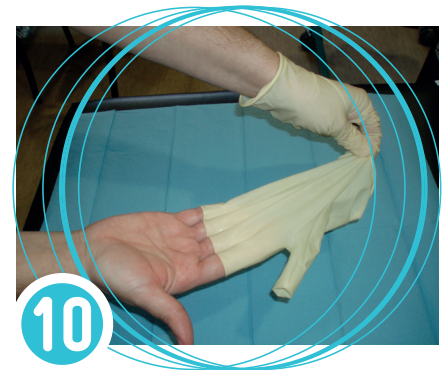


Imatge 3. Fotos seqüència de la col·locació dels guants estèrils. Fotografies d'elaboració pròpia.



Retirada de guants:

- Retirar el primer guant agafant la vora per la cara externa, i girar completament el guant del revés, agafant-lo amb la mà encara enguantada.
- Retirar el segon guant, girant-lo completament del revés, tal com s'ha dit anteriorment, i llençar segons normativa.
- Fer higiene de mans segons protocol.



Imatge 4. Fotos seqüència de la retirada dels guants estèrils. Fotografies d'elaboració pròpia.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBA-LEONEL A, FAJARDO-ORTIZ G, PAPAQUI-HERNÁNDEZ J. *La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados / The importance of hand washing by staff caring for hospitalized patients. Enfermería Neurológica*. 2014. 19-24 p.
2. ALBERO ANDRÉS I, BALAGUER BLASCO RM, FREIXAS SALA N, GARCÍA PARDO G, LIÑARES LOUZANO J, PALOMAR MARTÍNEZ M, et al. *Prevenió de la infecci3 relacionada amb el cateterisme intravascular*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012. 57 p.
3. ARÉVALO JM, ARRIBAS MJ, HERNÁNDEZ ML. *Guía de utilización de antisépticos*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene; 2012.
4. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE-EN ISO 374-1:2016/A1:2018. *Guantes de protección contra los productos químicos y los microorganismos. Parte 1: Terminología y requisitos de prestaciones para riesgos químicos*. Modificación 1 (ISO 374-1:2016/Amd 1:2018) Ratificada por la Asociación. Madrid: AENOR; 2018.
5. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE-EN 420:2004+A1. *Guantes de protección. Requisitos generales y métodos de ensayo*. Madrid: AENOR; 2010.
6. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE-EN 455-3. *Guantes médicos para un solo uso. Parte 3: Requisitos y ensayos para la evaluación biológica*. Madrid: AENOR; 2015.
7. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE-EN 455-2. *Guantes médicos para un solo uso. Parte 2: Requisitos y ensayos para la determinación de las propiedades físicas*. Madrid: AENOR; 2015.
8. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE-EN 374-2. *Guantes de protección contra los productos químicos y los microorganismos. Parte 2: Determinación de la resistencia a la penetración*. Madrid: AENOR; 2016.
9. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE-EN 455-4. *Guantes médicos para un solo uso. Parte 4: Requisitos y ensayos para la determinación de la vida útil*. Madrid: AENOR; 2010.
10. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE-EN 420:2004+A1:2010. Erratum. *Guantes de protección. Requisitos generales y métodos de ensayo*. Madrid: AENOR; 2011.
11. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE-EN 374-3:2004/AC. *Guantes de protección contra los productos químicos y los microorganismos*. Madrid: AENOR; 2006.
12. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE-EN 455-1. *Guantes médicos para un solo uso*. Madrid: AENOR; 2001.
13. BOYCE JM, PITTET D, *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force*. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Prof. MMWR Recomm reports Morb Mortal Wkly report Recomm reports. 2002 Oct 25;51(RR-16):1-45.
14. CASTAÑEDA NARVÁEZ JL, HERNÁNDEZ OROZCO HG. *Lavado (higiene) de manos con agua y jab3n*. Acta Pediátrica México. 2016 Oct 31;37(6):355.

15. DOMÍNGUEZ I GARCÍA A. *Antisèptics i desinfectants*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006. 159 p.
16. DOMÍNGUEZ A, GIL J, PI-SUNYER T, RODRIGO J. *Precaucions d'aïllament per evitar la transmissió d'agents infecciosos als centres sanitaris*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2009.
17. DOMUS VI. *Manuales y protocolos de enfermería*. Barcelona: Domus Vi; 2017.
18. Generalitat de Catalunya. *Els aspectes clau de la higiene de les mans* [Internet]. 2015 [citat Oct 30 2018]. Disponible a: <http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/detalls/noticia/els-aspectes-clau-de-la-higiene-de-les-mans>
19. Gestió de Serveis Sanitaris. *Manuales i protocols assistencials de l'Hospital Universitari Santa Maria*. Lleida: Gestió de Serveis Sanitaris; 2017
20. Hestia Balaguer. *Manuales i protocols d'infermeria*. Balaguer: Hestia; 2017
21. LETANG E, GARCÍA-SÁNCHEZ J, MENSA J, MARCO F, GATELL J, LÓPEZ-SUÑÉ E. *Guía de terapéutica antimicrobiana*. 28th ed. Barcelona: Antares; 2018. 914 p.
22. MARROQUÍ LÓPEZ-CLAVERO C, SOLANO HERRERA I, RESCO GARCÍA I. *Plan de prevención de alergia al látex en el Área Sanitaria de Ciudad Real*. *Med y Segur en el Trab*. 2008; LIV(210):25-33.
23. Organización Mundial de la Salud. *Manual técnico de referencia para la higiene de las manos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. 31 p.
24. Organización Mundial de la Salud. *Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la atención de la salud*. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2009. Report No.: WHO/IER/PSP/2009.07.
25. *Real Decreto sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativos a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual*. Real Decreto 773/1997 de 30 de mayo. Boletín Oficial del Estado, no 140 (12-6-1997).
26. *Real Decreto sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo*. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo. Boletín Oficial del Estado, no 124 (24-05-1998).
27. *Real Decreto por el que se regulan las condiciones para la comercialización y libre circulación intracomunitaria de los equipos de protección individual*. Real Decreto 1407/1992 de 20 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, no 311 (28-12-1992).
28. SARQUAVITAE. *Manuales i protocols d'infermeria*. Lleida: Sarquavitae; 2016.
29. Servicio Andaluz de Salud. *Guía para la Prevención de la Infección Hospitalaria. Lavado de manos. Guía: Manipulación, colocación y retiro de guantes estériles*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; [n.d.]
30. World Health Organization. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva: World Health Organization; 2009. 261 p.

Desinfecció i antisèpsia



3.1. PROTOCOL DE NETEJA

DEFINICIÓ

La neteja es defineix com el procés de separar, per mitjans mecànics i/o físics, la brutícia dipositada en les superfícies inertes que constitueixen el suport físic i nutritiu del microorganisme.

La neteja és el pas previ a la desinfecció, per la qual cosa constitueix un factor d'importància prioritària perquè una execució incorrecta o defectuosa plantejarà problemes en els processos posteriors: desinfecció i esterilització.

OBJECTIU

L'eliminació física de matèria orgànica i de la contaminació dels objectes.

MATERIAL

- Fregall i/o raspall
- Baieta
- Sabó i/o detergent
- Drap
- Paper eixugamans
- Guants

PROCEDIMENT

- Efectuar la higiene de mans.
- Posar-se els guants.
- Esbandir amb aigua abundant l'instrument a netejar.
- Retirar la matèria orgànica amb un raspall, aigua i sabó. S'ha de realitzar una acció mecànica d'arrossegament i de fricció.
- Esbandir a raig d'aigua amb l'ajut del raspall o fregall.
- Comprovar que tota la matèria orgànica ha desaparegut, especialment dels racons de difícil accés.



- Tornar a esbandir amb força aigua sense raspall o fregall.
- Eixugar l'instrument amb un drap net o deixar eixugar a l'aire.
- Treure's els guants.
- Efectuar la higiene de mans.
- Omplir registre específic.

RECOMANACIONS



- Netejar el material tan aviat com s'hagi utilitzat per evitar que les restes de matèria orgànica s'assequin i s'adhereixin al material.
- La desinfecció prèvia a la neteja és innecessària i incrementa els costos.
- L'acció de netejar ha de ser acompanyada d'una acció mecànica d'arrossegament i de fricció.
- L'instrumental ha de ser rentat amb totes les seves articulacions obertes i desmuntar els que estiguin formats per diversos components.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)



3.2. PROTOCOL DE DESINFECCIÓ

DEFINICIÓ

La desinfecció aconsegueix destruir, mitjançant un agent químic, la major part de les formes vegetatives bacterianes, de virus i de fongs.

Dins dels agents químic cal diferenciar:

- ANTISÈPTICS: de baixa toxicitat i que s'utilitzen sobre la pell i altres tipus de teixit viu.
- DESINFECTANTS: amb alta toxicitat i que s'utilitzen sobre objectes, ambient i superfícies inanimades.

OBJECTIU

Deixar el material lliure de microorganismes patògens.

Evitar la transmissió de microorganismes.

MATERIAL

- Guants d'un sol ús.
- Solució desinfectant (en la proporció recomanada pel fabricant).
- Recipient amb aigua tèbia, també en la proporció indicada pel fabricant del desinfectant.
- Drap.

PROCEDIMENT

- Efectuar la higiene de mans.
- Posar-se guants.
- Preparar la solució en la proporció indicada pel fabricant.
- Submergir l'objecte.
- Deixar que actuï el desinfectant el temps recomanat pel fabricant.
- Procedir a esbandir amb aigua abundant.
- Eixugar l'objecte amb un drap o deixar eixugar a l'aire.
- Treure's els guants.
- Efectuar la higiene de mans.
- Omplir registre específic.



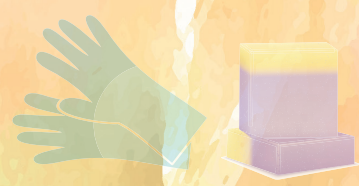
RECOMANACIONS



- Per tal d'aconseguir una desinfecció correcta s'ha d'haver netejat el material prèviament.
- Preparar la solució desinfectant en la concentració indicada pel fabricant.
- No barrejar mai solucions desinfectants.
- En les dilucions dels desinfectants ha de figurar la data de preparació i la data de caducitat.
- En la manipulació amb desinfectants, cal utilitzar guants, el contacte amb la pell pot provocar lesions i/o irritacions.
- Cal assegurar-se d'esbandir de manera acurada els objectes, ja que els desinfectants tenen el poder de toxicitat i podrien provocar lesions i/o irritacions amb contacte amb la pell.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)



3.3. PROTOCOL D'ESTERILITZACIÓ

DEFINICIÓ

És un procediment físic-químic que té per finalitat la destrucció de la flora microbiana, incloses les espores bacterianes que són altament resistents. Es pot realitzar mitjançant tractament no destructiu per calor, certs gasos, exposició a radiacions ionitzants, la filtració o utilització de determinats productes químics líquids.

OBJECTIU

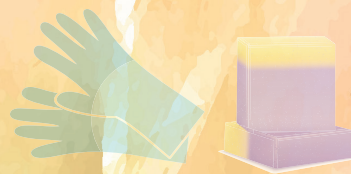
Aconseguir la destrucció total de tots els microorganismes patògens i no patògens, incloses espores, dels materials considerats crítics, és a dir, aquells que estan en contacte amb teixits estèrils o sistema vascular.

MATERIAL

- Guants d'un sol ús
- Sabó
- Draps per eixugar
- Raspall
- Bossa
- Tira reactiva
- Autoclau
- Segelladora

PROCEDIMENT

- Neteja del material s/protocol.
- Embossar material i posar tira reactiva.
- Segellar.
- Posar en autoclau segons fabricant.
- Al finalitzar comprovar esterilització.
- Posar data esterilització a la bossa.
- Omplir registre específic.



RECOMANACIONS

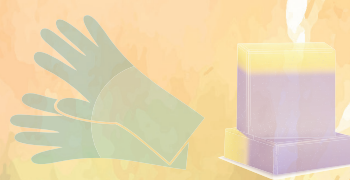


Per tal de garantir una correcta esterilització, el material ha d'estar net i desinfectat de manera correcta. S'ha de:

- Seguir sempre les recomanacions del fabricant referents a les dilucions i al temps d'immersió.
- En les dilucions s'ha de fer constar la data de preparació i la de caducitat.
- No guardar solucions ja utilitzades.
- No emmagatzemar el material submergit en el desinfectant. S'ha de guardar ben sec.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)



3.4. DESINFECTANTS I ANTISÈPTICS RECOMANATS

Taula 1. Indicacions dels desinfectants recomanats. Elaboració pròpia.

INDICACIONS	PRODUCTE	OBSERVACIONS
Lavabos, WC Paviments, superfícies Zones de preparació d'aliments Mobiliari habitació Ampolles d'orina, orinals plans	Amonis quaternaris + amines terciàries	Acció sostinguda Irritant de pell i mucoses
	Detergent + lleixiu 1 %	S'inactiva en presència de matèria orgànica Barrejat amb àcids desprèn vapors de clor molt irritants
	Hipoclorit sòdic (lleixiu) 1 %	Corrosiu amb els metalls, alguns plàstics i cautxú Irritant de pell i mucoses En recipients de plàstic opac i tancats (estabilitat: un mes) Acció ràpida però no sostinguda
Teclats ordinadors dels carros de medicació d'infermeria	Etanol... tovalloles d'un sol ús	Vàlid també per la desinfecció dels telèfons mòbils que es comparteixen en les guàrdies
Material: bombes perfusió, respiradors, aparells, etc. Instrumental (metàl·lic, vidre, termòmetres, etc.)	Tensioactius aniònics...	Cal desinfectar i/o esterilitzar després de la neteja
Neteja prèvia a la desinfecció	Detergent enzimàtic	
Superfícies, mobiliari, equips mèdics (bombes perfusió, respiradors, aparells, etc.)	Amonis quaternaris (espuma en esprai)	Desinfecció de nivell intermedi
	Etanol, propanol sense aldehids (esprai)	
Material clínic semicrític que no s'hagi d'esterilitzar (contacte amb mucoses, pell no intacta, penetra a cavitats no estèrils)	Amines terciàries + amonis quaternaris	



Taula 2. Indicacions dels antisèptics recomanats. Elaboració pròpia.

INDICACIÓ		ANTISÈPTIC		DILUCIÓ
Pell intacta	Rentat higiènic de mans	Sabó normal		
	Rentat antisèptic de mans	Clorhexidina	Sabonosa 4 %	
		Povidona iodada	Sabonosa 7,5 %	
	Antisèpsia de mans	Solució o gel alcohòlics		
	Higiene del malalt	Sabó normal		
	Higiene bàsica en aïllaments	Clorhexidina (1a elecció)	Sabonosa 4 %	
		Povidona iodada (2a elecció)	Sabonosa 7,5 %	
	Col·locació i manteniment de catèters e.v. centrals i perifèrics	Clorhexidina (1a elecció)	Alcohòlica 2 %	
		Povidona iodada (2a elecció)	Aquosa 10 %	
	Administració de medicació parenteral i extraccions	Alcohol etílic		70°
Vacunes	Sèrum fisiològic			
Extracció d'hemocultius	Clorhexidina (1a elecció)	Alcohòlica 2 %		
	Povidona iodada (2a elecció)	Aquosa 10 %		
Ferides		Prontosan®		
		Microdacyn®		
		Clorhexidina	Aquosa 0,5-1 %	
Higiene bucal		Clorhexidina	Aquosa 0,12 %	
Altres	Inserció sondatge vesical	Clorhexidina	Aquosa 2 %	
		Povidona iodada	Aquosa 10 %	
	Antisèpsia genitals previ sonda vesical	Sabó neutre + sabó de clorexidina 4%		
	Manteniment sondatge vesical	Sabó neutre		
	Inserció sonda PEG o jejunostonia	Clorhexidina	Alcohòlica 2 %	
		Povidona iodada	Aquosa 10%	
Recanvi o manteniment sonda PEG o de jejunostonia	Sabó neutre			



OBSERVACIONS GENERALS

- Els antisèptics s'inactiven fàcilment en presència de matèria orgànica.
- Els envasos sempre han de ser opacs (especialment pels derivats iodats).
- No reomplir mai els envasos.
- Mantenir sempre ben tancats els envasos per evitar evaporacions i contaminacions.
- No barrejar mai antisèptics diferents, excepte si la barreja ha de servir per potenciar el seu efecte (ex.: alcohol + iode).
- Sempre s'ha de respectar el temps d'actuació i les concentracions indicades per tal d'evitar reaccions tòxiques o resistències microbianes.
- Poden produir reaccions de sensibilització en aplicacions continuades.
- Observar sempre el període de caducitat.
- Corrosius enfront els metalls, no utilitzar-los per a desinfectar material.
- En úlceres per pressió seguir el procediment específic de l'hospital.
- La clorhexidina és incompatible amb els sabons i altres substàncies aniòniques. S'ha d'esbandir bé pell i mucoses prèviament a la desinfecció. Presenta toxicitat en l'àmbit del SNC, per tant, es desaconsella l'ús en puncions del SNC.



BIBLIOGRAFIA

1. COMADIRA T, ANTUNEZ E, TUESTA P, ESPADAS A, ROMANS F. *Neteja, desinfecció i esterilització per a la prevenció de les infeccions a l'atenció primària de salut*. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008. 13-17 p.
2. DOMÍNGUEZ I GARCÍA A. *Antisèptics i desinfectants*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006. 159 p.
3. DOMÍNGUEZ À, PI-SUNYER T, editors. *La neteja als centres sanitaris*. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. 76 p.
4. DOMUS VI. *Manuales y protocolos de enfermería*. Barcelona: Domus Vi; 2017.
5. Gestió de Serveis Sanitaris. *Manuales i protocols assistencials de l'Hospital Universitari Santa Maria*. Lleida: Gestió de Serveis Sanitaris; 2017.
6. GOTTRUP F, APELOVIST J, BJARNSHOLT T, COOPER R, MOORE Z, PETERS EJG, et al. *Antimicrobials and Non-Healing Wounds. Evidence, controversies and suggestions—key messages*. J Wound Care. 2014 Oct 2;23(10):477-82.
7. GUTIÉRREZ LÓPEZ E, editor. *Higiene del medi hospitalari i neteja del material*. Pozuelo de Alarcón: Editex; 2017. 199 p.
8. Hestia Balaguer. *Manuales i protocols*. Balaguer: Hestia Balaguer; 2017.
9. KUZNETSOVA M V, ENCHEVA YA, SAMARTSEV VA. [Influence of Chlorhexidine and Prontosan on Dual Species and Monospecies Biofilms Formed by Staphylococcus aureus and Pseudomonas aeruginosa]. *Antibiot i khimioterapiia = Antibiot chemotherapy* [sic]. 2015;60(11-12):15-22.
10. LANDA-SOLIS C, GONZÁLEZ-ESPINOSA D, GUZMÁN-SORIANO B, SNYDER M, REYES-TERÁN G, TORRES K, et al. *Microcryntm: a novel super-oxidized water with neutral pH and disinfectant activity*. J Hosp Infect. 2005 Dec;61(4):291-9.
11. LETANG E, GARCÍA-SÁNCHEZ J, MENSA J, MARCO F, GATELL J, LÓPEZ-SUÑÉ E. *Guía de terapéutica antimicrobiana*. 28th ed. Barcelona: Antares; 2018. 914 p.
12. O'MEARA S, AL-KURDI D, OLOGUN Y, OVINGTON LG, MARTYN-ST JAMES M, RICHARDSON R. *Antibiotics and anti-septics for venous leg ulcers*. O'Meara S, editor. *Cochrane Database Syst Rev*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 Jan 10;
13. SARQUAVITAE. *Manuales i protocols d'infermeria*. Lleida: Sarquavitae; 2016.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL

Higiene del pacient



4.1. PROTOCOL D'HIGIENE CORPORAL DEL PACIENT

DEFINICIÓ

Són totes aquelles mesures que apliquem per conservar la pell íntegra, sana, neta i cuidada, protegint-la de les agressions externes i evitant la penetració d'elements no desitjats a l'organisme.

OBJECTIUS

- Fomentar la neteja, eliminar els microorganismes, secrecions i excrecions corporals.
- Proporcionar seguretat, comoditat i benestar al pacient.
- Millorar l'autoimatge del pacient.
- Conservar la integritat cutània.
- Estimular la circulació sanguínia, mantenir el to muscular i la mobilitat articular.
- Evitar infeccions.

MATERIAL

- Sabó de PH neutre
- Esponja sabonosa d'un sol ús
- Recipient d'aigua temperada
- Guants d'un sol ús
- Tovalloles (una per a la cara i una altra per al cos)
- Crema hidratant
- Colònia i / o desodorant, si escau
- Pinta
- Camisa de dormir, pijama o roba del malalt
- Roba de llit neta
- Material d'incontinència, si escau
- Carro o bossa de roba bruta i residus a l'abast



PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol abans i després del procediment.
- Utilització de guants d'un sol ús.

Preparació del pacient

- Identificació del pacient
- Informar l'usuari i/o família del que anem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar.
- Preservar la intimitat del pacient (cortines, mampares...)
- Prevenir el risc de caigudes
- Aprofitar l'estona per comunicar-se amb el pacient
- Postura adequada (depenent de la patologia)

PROCEDIMENT

En el pacient dependent / enllitat

- Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast
- Efectuar la higiene de mans i posar-se els guants
- Col·locar el malalt en decúbit supí:
 - Retirar la roba del llit, camisa de dormir o pijama, retirar el material absorbent si s'escau, i cobrir parcialment amb una tovallola o llençol la zona que no es neteja
 - Començar a rentar per la cara sols amb aigua (eixugar amb la punta de tovallola o la tovallola de cara), continuar amb l'esponja sabonosa per coll, orelles; esbandir i eixugar.
 - Continuar braços, aixelles i mans, esbandir i eixugar.
 - Baixar per l'abdomen, extremitats inferiors, peus i zona genital (vegeu protocol higiene genitals), esbandir i eixugar. Tenir molta cura en la zona submamària en les dones, melic, espais intergenitals i interdigitals.
- Col·locar el pacient en decúbit lateral:
 - Canviar d'esponja.
 - Netejar part posterior del coll, espatlles, esquena, cuixes i natges; esbandir i eixugar.
- Hidratar la pell amb crema sobretot si està resseca.
- Col·locar material absorbent d'incontinència, si s'escau.
- Col·locar la camisa de dormir, pijama o roba de vestir.
- Posar colònia i pentinar.
- Fer el llit amb roba neta, procurant que no quedi cap plec de roba que pugui danyar-li la pell o aixecar el pacient.
- Deixar el pacient còmodament instal·lat.



- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si s'escau.
- Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
- Treure guants i higiene de mans.
- Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qual-sevol incidència

En el pacient independent / no enllitat que requereix supervisió

- Si el pacient necessita ajuda limitada portarem tot el material necessari a la dutxa i li realitzarem la higiene ensabonant tot el cos (de cap a peus), esbandirem i eixugarem, hidratem i l'ajudarem a vestir-se.
- Si el pacient únicament necessita supervisió li proporcionarem tot el material necessari, l'acompanyarem a la dutxa i li explicarem com es deu fer la higiene correctament. En acabar supervisarem la mateixa higiene.

RECOMANACIONS



- Mantenir la porta i finestra tancades.
- Mantenir la temperatura adequada a l'habitació i utilitzar aigua tèbia.
- Preservar al màxim la intimitat del pacient. Aïllar el pacient mitjançant la cortina.
- Tenir cura amb irritacions, erosions, úlceres, drenatges, sondatges.
- Procurar que el malalt no estigui descobert innecessàriament i es refredi.
- Realitzar massatges suaus sense friccionar per evitar lesions. Fer moviments suaus però contundents, treballar ràpid i delicadament.
- Observar l'estat de la pell durant el procediment. Detectar zones envermellides, amb risc d'úlceres.
- Afavorir al màxim la participació del malalt en totes les activitats que pugui realitzar.
- No cansar el pacient amb moviments innecessaris, desordenats i actuar sense presses.
- Després de cada canvi de bolquer o de cada deposició, i cada cop que sigui necessari, s'haurà de realitzar una higiene parcial de la zona anal i genital.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



4.2. PROTOCOL D'HIGIENE DEL CABELL EN EL PACIENT ENLLITAT

DEFINICIÓ

Són totes aquelles mesures que adoptem per mantenir i conservar el cabell i cuir cabellut sa i en bon estat.

OBJECTIUS

- Mantenir net el cabell i cuir cabellut.
- Detectar precoçment zones de pressió.
- Prevenir infeccions.
- Afavorir la comoditat del pacient.

MATERIAL

- Plàstic gran o rentacaps inflable
- Gerra amb aigua tèbia
- Recipient
- Sabó líquid neutre
- Tovalloles
- Pinta
- Assecador
- Guants d'un sol ús
- Flocs de cotó
- Bossa de roba o residus

PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol abans i després del procediment
- Utilització de guants d'un sol ús
- Aquest procediment es recomana fer-lo dues persones

Preparació del pacient

- Identificació del pacient
- Informar el pacient i/o família del que anem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar
- Prevenir risc de caigudes
- Col·locar el pacient en posició còmoda (decúbit supí)



PROCEDIMENT

- Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
- Efectuar la higiene de mans i posar els guants.
- Retirar el capçal del llit.
- Còrrer lleugerament el matalàs.
- Abaixar lleugerament el somier per la banda del capçal i col·locar el recipient en aquesta alçada.
- Col·locar el pacient de manera que el cap quedi en l'extrem del matalàs sobresortint d'aquest.
- Col·locar el plàstic per sota del cap fins arribar al recipient.
- Una persona ajudarà a mantenir el cap en posició còmoda.
- Posar flocs de cotó a les orelles.
- Mullar el cabell amb aigua tèbia i ensabonar-lo fregant el cuir cabellut.
- Deixar caure l'aigua de la gerra per sobre del cabell fins que estigui totalment esbandit, eixugar el cabell amb una tovallola, pentinar i acabar d'assecar el cabell amb l'assecador.
- Acomodar el pacient.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció, si escau.
- Col·locar el capçal del llit.
- Ordenar, recollir, netejar i/o rebrillar, segons el protocol, el material utilitzat.
- Treure guants i efectuar la higiene de mans.
- Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qual-sevol incidència.

Si es disposa de rentacaps inflable el procediment és més senzill evitant els punts 3 a 8.

RECOMANACIONS

- Evitar mullar la roba del llit.
- Mantenir la temperatura adequada a l'habitació i utilitzar aigua tèbia.
- Observar l'estat de la zona durant el procediment per tal de detectar lesions o alteracions.
- Actuar amb rapidesa per evitar que el pacient es cansi.
- Com a mínim un cop per setmana i sempre que sigui necessari.



INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



4.3. PROTOCOL D'HIGIENE DELS ULLS

DEFINICIÓ

Són totes aquelles mesures que prenem per mantenir els ulls nets, humits i en bon estat.

OBJECTIUS

- Mantenir neta i humida la zona ocular.
- Evitar infeccions i erosions.
- Afavorir la comoditat i el benestar del pacient.

MATERIAL

- Gases estèrils
- Solució fisiològica salina (ampolles de 10 ml de plàstic)
- Guants d'un sol ús
- Ronyonera o safata
- Solució de llàgrima artificial si cal
- Bossa per a residus

PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el protocol abans i després del procediment.
- Utilització de guants d'un sol ús.

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Informar l'usuari i/o família del que anem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar.
- Prevenir risc de caigudes.
- Col·locar el pacient en decúbit supí o posició més adient.

PROCEDIMENT

- Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
- Efectuar la higiene de mans i posar-se guants.
- Obrir la parpella amb els dits índex i polze, i passar lentament la gasa amarada o aplicar la solució salina directament des de l'ampolla per la zona ocular de dins a fora, arrossegant les possibles secrecions.
- Eixugar suaument amb una gasa la zona de la parpella, de l'angle intern a l'extern, procurant no erosionar la còrnia.



- Repetir l'operació a l'altre ull, utilitzar una gasa diferent per cada ull.
- Un cop eixugada la regió ocular aplicar la llàgrima artificial o una pomada epitelitzant en el sac conjuntival inferior, si escau.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció, si escau.
- Ordenar recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
- Treure guants i efectuar la higiene de mans.
- Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qual-sevol incidència.

RECOMANACIONS

- En pacients inconscients realitzar-ho sempre que sigui necessari i almenys un cop al dia.
- Utilitzar sempre gases diferents per a cada ull.
- Procurar no lesionar la còrnia durant la maniobra.
- Procurar que el pacient en coma no romangui amb les parpelles obertes a fi d'evitar ulceracions cornials.
- Evitar l'exposició a la llum directa dels pacients comatosos.
- Observar l'estat dels ulls durant el procediment per tal de detectar possibles lesions o alteracions.



[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)



4.4. PROTOCOL D'HIGIENE DE LA BOCA

DEFINICIÓ

Són totes aquelles mesures que prenem per mantenir una boca neta, sana i en bon estat.

OBJECTIUS

- Mantenir neta, protegida i hidratada la cavitat bucal.
- Evitar infeccions i lesions.
- Afavorir la comoditat i el benestar del pacient.

PACIENT NO COL·LABORADOR

MATERIAL

- Guants
- Recipient
- Tovallola
- Gases
- 1 Kocher o depressor (palets higiènics)
- Solució antisèptica (clorhexidina 0,12) o sèrum fisiològic
- Lubricant labial
- Got
- Bossa residus
- Material d'aspiració si convé

PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol abans i després del procediment
- Utilització de guants d'un sol ús

Preparació del pacient

- Identificació del pacient
- Informar el pacient i/o família del que anem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar
- Prevenir el risc de caigudes
- Col·locar el pacient en la postura més còmoda



PROCEDIMENT

- Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
- Efectuar la higiene de mans i posar-se guants.
- Col·locar el pacient en la posició mes adient: Folwer o semi-Folwer, decúbit lateral o cap inclinat avall per evitar possibles aspiracions segons característiques del pacient.
- Retirar pròtesis dentals, si escau.
- Posar una tovallola sota la barbata del pacient.
- Humitejar les gases amb solució antisèptica. Embolicar la punta del depressor amb gasa fent una torunda o utilitzar bastonets tipus raspall. És important escórrer bé la gasa o el bastonet als cantons del got per evitar el risc de broncoaspiració.
- Netejar l'interior de la boca, de dins a fora (paladar, laterals, llengua, genives i dents), tot canviant la gasa amb freqüència.
- Aspirar les secrecions si convé.
- Inspeccionar la cavitat bucal.
- Eixugar la part externa de la boca i els llavis amb gasa i lubricar-los, si escau.
- Acomodar el pacient en la seva posició adequada.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si escau.
- Si té prescrit tractament, aplicar-lo després de la higiene bucal (solucions analgèsiques, antifúngiques o antisèptiques).
- Si el pacient porta pròtesis dentals; procedir a netejar-les amb raspall i pasta dentífrica i col·locar-les al recipient adient amb antisèptic, netejar el recipient contenidor de la pròtesi almenys un cop al dia.
- Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
- Retirar els guants i efectuar la higiene de mans.
- Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qual-sevol incidència.

PACIENT COL·LABORADOR

Si el pacient és autosuficient li facilitarem els estris necessaris i li explicarem el procediment més idoni perquè ho faci ell mateix fent supervisió de la higiene.



RECOMANACIONS

- Evitar lesionar les mucoses i les genives.
- Evitar provocar nàusees al pacient.
- Evitar mullar massa la gasa a utilitzar per tal d'evitar aspiracions.
- Si el pacient porta pròtesi, vigilar que no caigui en el moment de netejar-la, pot trencar-se.
- Com a mínim un cop al dia i sempre que sigui necessari.
- Observar l'estat de la boca durant el procediment per tal de detectar lesions o alteracions.



INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



4.5. PROTOCOL HIGIENE DE L'ORELLA

DEFINICIÓ

Són totes aquelles mesures encaminades a proporcionar comoditat i benestar evitant l'aparició d'infeccions i la formació de taps de cerumen.

OBJECTIUS

- Mantenir neta i protegida l'orella i el pavelló auricular.
- Evitar infeccions i lesions.
- Afavorir la comoditat i el benestar del pacient.

MATERIAL

- Guants d'un sol ús
- Gases
- Pinceres
- Recipient amb aigua tèbia
- Bossa de residus

PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol abans i després del procediment
- Utilització de guants d'un sol ús

Preparació del pacient

- Identificació del pacient
- Informar el pacient i/o família del que anem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar
- Prevenir el risc de caigudes
- Col·locar el pacient en la postura més còmoda

PROCEDIMENT

- Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
- Efectuar la higiene de mans i posar-se guants.
- Retirar amb una gasa el cerumen visible; estirar suaument el lòbul de l'orella cap a baix i netejar la zona externa del pavelló auricular amb una turunda o gasa agafada amb pinça.
- Rentar el pavelló auricular amb una gasa humida, des de dins cap a fora amb un moviment circular i suau.
- Eixugar i hidratar correctament.



- Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
- Retirar els guants i higiene de mans.
- Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qual-sevol incidència.

RECOMANACIONS



- No introduir objectes amb forma de punxa, ni bastonets de cotó. Poden produir lesions internes.
- Si el pacient és portador d'oxigen; protegir les orelles de possibles lesions produïdes per les ulleres nasals o les gomes de les mascaretes, col·locant unes gases per disminuir la pressió.
- Observar l'estat de l'oïda durant el procediment per tal de detectar lesions o alteracions.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)



4.6. PROTOCOL D'HIGIENE DE LES UNGLES DE MANS I PEUS

DEFINICIÓ

Són totes les mesures que apliquem per mantenir les ungles de les mans i peus en bon estat.

OBJECTIUS

- Mantenir higièniques les ungles de les mans i dels peus.
- Evitar infeccions i alteracions.
- Afavorir la comoditat i el benestar del pacient.

MATERIAL

- Recipient amb aigua tèbia i sabonosa
- Raspall d'ungles i/o esponges sabonoses
- Sabó neutre
- Tallaungles (tissores, alicates, llima)
- Tovallola
- Crema hidratant
- Acetona (si les ungles estan pintades)
- Gases o cotó
- Guants d'un sol ús
- Bossa de residus

PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol abans i després del procediment
- Utilització de guants d'un sol ús

Preparació del pacient

- Identificació del pacient
- Informar el pacient i/o família del que anem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar
- Prevenir risc de caigudes
- Col·locar el pacient en la postura més còmoda



PROCEDIMENT

- Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
- Efectuar la higiene de mans i posar-se els guants.
- Protegir el llit amb la tovallola, si el procediment es fa en el llit.
- Retirar, si n'hi ha, l'esmalt d'ungles amb cotó i acetona.
- Posar les mans o els peus en remull en aigua tèbia.
- Netejar les ungles amb el raspall i/o l'esponja sabonosa, i eixugar-les bé amb la tovallola, insistint en els espais interdigitals.
- Tallar les ungles tenint en compte: les dels peus s'han de tallar en línia recta i les de les mans en línia corba.
- Aplicar poca crema hidratant i garantir la completa absorció.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció, si escau.
- Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
- Treure els guants i efectuar la higiene de mans.
- Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qual-sevol incidència.

RECOMANACIONS

- Insistir en els espais interdigitals a l'hora d'eixugar-los.
- Atenció especial en malalts diabètics, amb malalts amb alteracions de la coagulació o amb una malaltia vascular perifèrica a l'hora de fer la cura dels peus.
- Atenció especial a les mans dels malalts plègics.
- En cas de dits interposats, posar-hi proteccions entre els dits per evitar la pressió.
- Tenir en consideració que si ens trobem davant un cas difícil de resoldre ha de ser atès per un especialista en podologia.
- Observar l'estat dels peus i mans durant el procediment per tal de detectar possibles lesions o alteracions.
- Revisió un cop per setmana com a mínim.



INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



4.7. PROTOCOL D'HIGIENE DELS GENITALS

DEFINICIÓ

Són totes aquelles mesures que adoptem per conservar neta i en bon estat tota la zona perineal del pacient.

OBJECTIUS

- Mantenir neta i protegida la pell i mucoses genitals.
- Eliminar secrecions.
- Prevenir infeccions.
- Afavorir la comoditat i el benestar del pacient.

MATERIAL

- Recipient amb aigua tèbia
- Esponja sabonosa o sabó
- Tovallola de mans
- Crema hidratant
- Guants d'un sol ús
- Material absorbent d'incontinència, si escau
- Carro o bossa de roba o residus

PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol abans i després del procediment
- Utilització de guants d'un sol ús

Preparació del pacient

- Identificació del pacient
- Informar el pacient del que anem a fer i, si escau, de quina manera ens pot ajudar
- Prevenir risc de caigudes
- Garantir la intimitat
- Col·locar el pacient en la postura més còmoda

PROCEDIMENT

Si el pacient és autosuficient se li proporcionarà el material per fer la higiene i se li explicarà la tècnica de com fer-ho.



Genitals de la dona

- Preparar tot el material a l'abast.
- Efectuar la higiene de mans i col·locar-se els guants.
- Retirar la roba, camisa de dormir, pijama de la zona a rentar. També retirar el material absorbent d'incontinència si escau i cobrir amb un llençol o tovallola la part que no es neteja.
- Col·locar la pacient de decúbit supí i cames flexionades, si és possible.
- Abocar una mica d'aigua a la zona genital de la pacient, separar els llavis externs, rentar els llavis interns i el meatus uretral de dalt a baix, posteriorment els llavis externs. Esbandir i eixugar suaument.
- Col·locar en decúbit lateral (segons conveniència) i procedir a netejar zona perianal i glutis. Esbandir i eixugar.
- Si porta sonda vesical, netejar i desinfectar el punt d'inserció amb povidona iodada i observar possibles canvis d'aspecte o anomalies.
- Hidratar la zona amb crema.
- Col·locar el material absorbent d'incontinència adient si escau.
- Vestir la pacient o col·locar camisa de dormir o pijama.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció, si escau.
- Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
- Treure guants i efectuar la higiene de mans segons el protocol.
- Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria de la pacient i comunicar qualsevol incidència.

Genitals de l'home

- Preparar tot el material a l'abast.
- Efectuar la higiene de mans i col·locar-se els guants.
- Retirar la roba, camisa de dormir o pijama de la zona a rentar. També retirar el material absorbent d'incontinència si escau i cobrir amb un llençol o tovallola la part que no es neteja.
- Col·locar el pacient de decúbit supí.
- Abocar una mica d'aigua a la zona genital del pacient, netejar la zona de dalt a baix: primer penis (baixant la pell del prepuci, ensabonant el gland fent moviments circulars des del meatus urinari, esbandir, eixugar i pujar de nou el prepuci, evitant provocar edema) i després testicles. Esbandir i eixugar.
- Col·locar en decúbit lateral (segons conveniència) i procedir a netejar zona perianal i glutis. Esbandir i eixugar.
- Si porta col·lector retirar-lo per realitzar la higiene i col·locar-lo posteriorment.
- Si porta sonda vesical, netejar i desinfectar el punt d'inserció amb povidona iodada i observar possibles canvis d'aspecte o anomalies.
- Hidratar la zona amb crema.



- Col·locar material absorbent d'incontinència, si escau.
- Vestir el pacient o col·locar camisa de dormir o pijama.
- Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
- Treure guants i efectuar la higiene de mans.
- Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qualsevol incidència.

RECOMANACIONS



- Mantenir la temperatura adequada de l'habitació i utilitzar aigua tèbia.
- Respectar en tot moment la intimitat del pacient.
- Eixugar la zona correctament, sobretot plecs inguinals i en els pacients portadors de sondes.
- Observar l'estat de la zona genital i informar davant de qualsevol anomalia.
- Mínim un cop al dia o sempre que sigui necessari.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



4.8. PROTOCOL DE RASURAT

DEFINICIÓ

Eliminació del pèl mitjançant una maquineta elèctrica amb capçal d'un sol ús.

Preferiblement es tallarà el pèl amb tisores, però en cas que la tècnica ho faci necessari, es procedirà al rasurat mitjançant una maquineta elèctrica de capçal d'un sol ús. En cap cas està justificat fer un rasurat amb maquineta convencional.

OBJECTIUS

- Eliminar el pèl de la zona.

MATERIAL

- Gases
- Guants
- Travessers
- Esponja amb sabó
- Tovallola
- Maquineta elèctrica de rasurat quirúrgic
- Capçal d'un sol ús

PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el protocol.
- Posar-se guants.

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).
- Mantenir la intimitat del pacient.

PROCEDIMENT

- Verificar la correcta identificació del pacient.
- Informar el pacient de la tècnica a realitzar i demanar col·laboració, en la mesura que es pugui.
- Col·locar el pacient en la posició adequada segons la zona a rasurar.
- Cobrir la zona del voltant amb travessers.
- Rentar la zona que s'ha de rasurar amb esponja i sabó. Eixugar-la bé.



- Col·locar el capçal en la maquineta, retirant amb cura el capçal de l'envàs i col·locar-lo mantenint la rasuradora en un angle de 45°.
- Rasurar la zona. Existeixen diverses tècniques de rasurat que són:
 - Cap endavant: Inclinar la maquineta entre 15 i 30° respecte a la pell i fer-la lliscar suaument. Per aconseguir millors resultats, afaiteu a contrapèl.
 - Cap endarrere: Girar la fulla d'afaitar 180° i inclinar-la fins un angle de 15 a 30° respecte a la pell. Rasurar suaument i fer que la fulla d'afaitar rafi la pell. No forçar-la, s'ha de deixar que la rasuradora llisqui sobre la superfície.
- Rentar de nou la zona rasurada. Eixugar-la.
- Protegir la zona rasurada immediatament.
- Retirar el capçal mantenint un angle de 45°. Tirar-lo al contenidor de residus adient.
- Netejar el mànec de la rasuradora amb solució desinfectant suau o aigua i eixugar-la. Comprovar que està apagada prèviament.

RECOMANACIONS



- Cada vegada que es necessiti rasurar, utilitzar un nou capçal per evitar la contaminació creuada.
- S'ha de mantenir neta la rasuradora i per això caldrà netejar-la cada cop que s'utilitzi.
- S'aconsella realitzar el rasurat immediatament (o com a màxim dues hores) abans de la tècnica invasiva.



BIBLIOGRAFIA

1. DOMUS VI. *Manuales y protocolos de enfermería*. Barcelona: Domus Vi; 2017.
2. FERREIRA R, ROCHA E, COUTINHO N, RIBEIRO M, MAGALHÃES C, MOREIRA A. *La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados*. *Investig Y Educ en Enfermería*. 2006;XXIV:48-57.
3. Gestió de Serveis Sanitaris. *Manuels i protocols assistencials de l'Hospital Universitari Santa Maria*. Lleida: Gestió de Serveis Sanitaris; 2017.
4. Hestia Balaguer. *Manuels i protocols*. Balaguer: Hestia Balaguer; 2017.
5. Hospital Severo Ochoa. *Manual de técnicas y procedimientos de enfermería*. Barcelona: Interamericana; MacGraw-Hill; 1990. 372 p.
6. KING EM, WIECK L, DYER M. *Manual de técnicas modernas de enfermería. I*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1989. 510 p.
7. MARTÍN MORENO MD. *Aseo general del paciente encamado: Baño completo del paciente en cama*.
8. MARTÍN ZURRO A, CANO PÉREZ JF. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Mosby / Doyma; 2003.
9. MARTÍN-PEÑA TINAO JF. *Manual del auxiliar de enfermería*. Madrid: Olalla; 1997. 637 p.
10. Massachusetts General Hospital. *Manual de procedimientos de enfermería*. Barcelona: Salvat; 1984.
11. Mutua de Terrassa. *Manual de procedimientos de enfermería del Hospital Mútua de Terrassa*. Terrassa: Hospital Mútua de Terrassa; 1977.
12. OSEAT P, OSEAT AP, SANFELIU CORTÉS V. *Manual de la auxiliar sanitaria*. Barcelona: Masson; 1995. 694 p.
13. QUEVAUVILLERS J, POISARD MC, PERLEMUTER L, ELÍAS CASTELLS A. *Cuadernos de la enfermera. 2, Conocimientos básicos y cuidados habituales*. Barcelona: Toray-Masson; 1981. 142 p.
14. RIOPELLE L, GRONDIN L, PHANEUF M, GIL DE BERNABÉ MA, PRATS I ROSELLÓ L, SERRA I OLIVIA MT. *Cuidados de enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997. 352 p.
15. SARQUAVITAE. *Manuels i protocols d'infermeria*. Lleida: Sarquavitae; 2016.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL

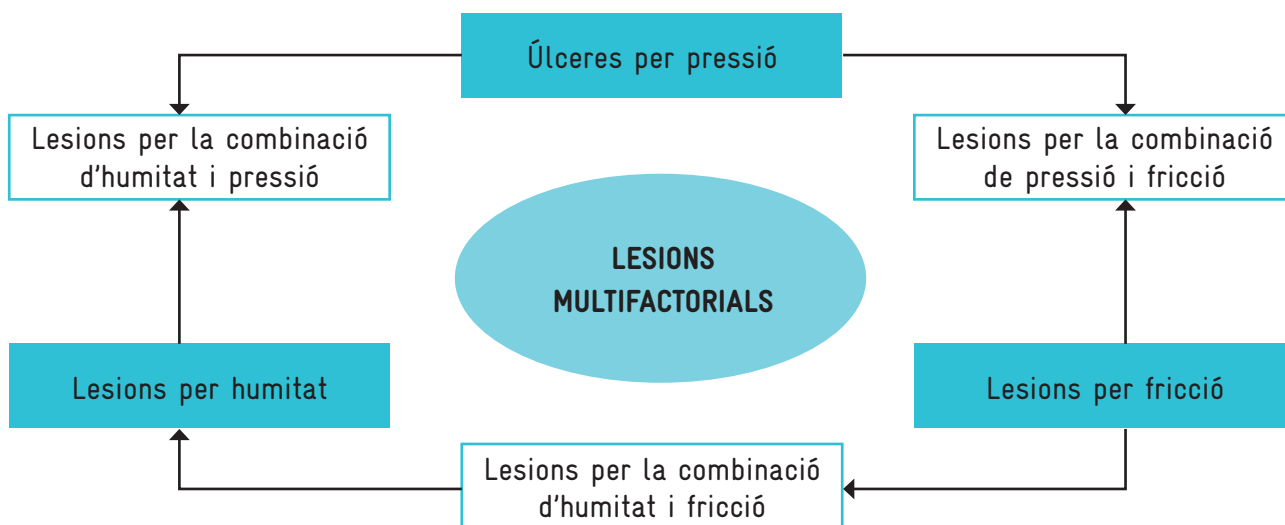
Lesions relacionades amb la dependència



5.1. PROTOCOL DE LESIONS RELACIONADES AMB LA DEPENDÈNCIA

DEFINICIÓ

Aquest protocol es basa en els nous coneixements i estudis clínics en relació amb les ferides cròniques els quals proposen utilitzar el terme Lesions Relacionades amb la Dependència i no únicament Úlceres per Pressió (UPP). Aquesta nova redefinició del concepte engloba diferents lesions i segons el mecanisme d'acció s'agrupen en:



Les UPP es defineixen com una lesió localitzada en la pell i/o teixit subjacent generalment sobre una prominència òssia, com a resultat de la pressió, o la pressió en combinació amb les forces de cisalla. De vegades, també poden aparèixer sobre teixits tous sotmesos a pressió externa per diferents materials o dispositius clínics. L'índex de UPP és un dels indicadors de major qualitat en els cuidatges d'infermeria. Les UPP són un problema multifactorial, que constitueix un important problema de salut pública i que és causa directa o indirecta de morbiditat i mortalitat. Per tant, estem davant d'un problema sanitari de primer ordre, sobretot si tenim en compte que el 90 % dels casos és evitable.



Les lesions per humitat són lesions localitzades en la pell (no solen afectar a teixits subjacents) que es presenten com una inflamació (eritema) i/o erosió de la pell, causada per l'exposició perllongada a diverses fonts d'humitat amb potencial irritatiu per a la pell com per exemple: orina i femtes, en aquest cas es parla de la Dermatitis Associada a la Incontinència (DAI), exsudats de les ferides, efluent d'estomes o fístules, suor, saliva o moc. La DAI és el tipus de lesió més prevalent dins de les lesions per humitat. Sovint es confonen en UPP de categoria I o II; és important per al sanitari conèixer les característiques diferenciadores (**Annex 1**). S'introdueix en aquest protocol escales de valoració de risc d'UPP i DAI (**Annex 3**) i recomanacions en l'abordatge de les diferents lesions des de l'acrònim TIME (Control del Teixit, control de la Infecció i Inflamació, control de l'exsudat, Estimulació de les vores epitelials).

Les lesions per fricció són aquelles localitzades en la pell (no solen afectar a teixits subjacents) provocades per les forces derivades del frec-fricció entre la pell del pacient i una altra superfície paral·lela, que en contacte amb el pacient, es mouen ambdues en sentit contrari.

OBJECTIUS

Generals

- Implementar una eina de treball unificada per a tots els professionals dels diferents nivells assistencials.
- Notificar les cures per a la prevenció i el tractament de les lesions relacionades amb la dependència afavorint la continuïtat de cuidatges entre els diferents nivells assistencials.
- Disminuir la incidència de les ferides cròniques.

Específics

- Identificar el pacient amb risc de desenvolupar una NPP.
- Estandaritzar les intervencions d'infermeria per a la prevenció, identificació i classificació i tractament de les NPP.
- Capacitar el pacient i/o cuidador principal en la prevenció i cuidatges de les NPP.
- Mantenir o recuperar la integritat cutània de la persona.
- Millorar la qualitat de vida de les persones amb NPP i el seu entorn familiar.

POBLACIÓ DIANA

Pacients amb risc de presentar UPP, DAI o lesions per humitat, lesions per fricció i tots aquells amb ferides cròniques ja establertes.

MATERIAL

- Sabons neutres per a la higiene i productes específics per a la higiene perianal.
- Coixins per al manteniment de les posicions correctes.
- Guants no estèrils.
- Àcids grassos hiperoxigenats.



- Cremes hidratants o emol·lients o productes barrera.
- Utilització de les SEMP (superfícies especials per al maneig de la pressió).
- Apòsits o productes basats en la cura humida.
- Material necessari per a la cura.
- Consentiment informat. Només és necessari fer-lo signar en cas de desbridament mecànic (Annex 2).

PROCEDIMENT

5.1.1. VALORACIÓ

En el moment de l'ingrés, davant els canvis importants en l'estat del pacient o periòdicament segons normatives de cada centre, es realitzarà una valoració holística del pacient tenint en compte els següents aspectes:

5.1.1.1. FACTORS EXTRÍNSECS I INTRÍNSECS

Els factors extrínsecs i intrínsecs que afavoreixen l'aparició de les ferides cròniques són:

Factors extrínsecs:

- Pressió directa
- Forces de fricció
- Humitat i maceració

Factors intrínsecs:

- Malnutrició i deshidratació
- Anèmia
- Pèrdua de la sensibilitat cutània
- Edat avançada
- Incontinència urinària i/o fecal
- Alteració de la mobilitat
- Malalties mèdiques subjacents
- Deteriorament cognitiu



RECOMANACIONS



- **Paper de la nutrició en les úlceres per pressió i altres ferides cròniques**

Seguint les recomanacions de la Guia de tractament de les UPP de l'EPUAP i NPUAP cal dur a terme les accions següents:

En la valoració nutricional a tots els pacients amb ferides cròniques s'ha de garantir:

- Aport calòric suficient
- Aport proteic adequat a les necessitats
- Hidratació adequada
- Aportació de vitamines i minerals

Aquestes accions es poden dur a terme amb el suport de les nutricionistes de cada centre assistencial.

5.1.1.2. CLASSIFICACIÓ

ÚLCERES PER PRESSIÓ (UPP)

(Categorització segons National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) / EPUAP)

Categoria I: eritema no blanquejant

Pell intacta amb envermelliment no blanquejant d'una àrea localitzada generalment sobre una prominència òssia. La pell fosca pigmentada pot no tenir pal·lidesa visible, el seu color pot ser diferent a la pell del voltant. L'àrea pot ser dolorosa, ferma, suau, més calenta o més freda en comparació amb els teixits de la vora. La categoria I pot ser difícil de detectar en persones amb tons de pell fosca. Pot indicar persones "en risc".

Categoria II: úlcera d'espessor parcial

La pèrdua d'espessor parcial de la dermis es presenta com una úlcera oberta poc profunda amb un llit de la ferida roig-rosat, sense esfàcel. També pot presentar-se com una flictena intacta plena de sèrum o sèrum serosanguinolent, o oberta/trencada. Es presenta com una úlcera superficial brillant o seca sense esfàcel o hematomes*.

Aquesta categoria no s'hauria d'utilitzar per descriure incontinència, maceració o excoriació.

*L'hematoma indica lesió de teixit profund (DTI).

Categoria III: pèrdua total del gruix de la pell

Pèrdua completa del teixit. El greix subcutani pot ser visible, però l'os, tendons i múscul no estan exposats. Els esfàcels poden estar presents però no ocultar la profunditat de la pèrdua de teixit. Pot incloure cavitacions i tunelitzacions.

La profunditat de la UPP de categoria III varia segons la localització anatòmica. El pont del nas,



L'orella, l'occipital i el mal·lèol no tenen teixit (adipós) subcutani i les úlceres de categoria III poden ser poc profundes. En contrast, les zones d'important adipositat poden desenvolupar UPP de categoria III extremadament profundes. L'os o el tendó no són visibles o directament palpables.

Categoria IV: pèrdua total de l'espessor dels teixits

Pèrdua total de l'espessor del teixit amb os exposat, tendó o múscul. Els esfàcels o escares poden estar presents. Inclou sovint cavitacions i tunelitzacions.

La profunditat de la UPP de categoria IV varia segons la localització anatòmica. El pont del nas, l'orella, l'occipital i el mal·lèol no tenen teixit (adipós) subcutani i les úlceres de categoria IV poden ser poc profundes. Les úlceres de categoria IV poden arribar al múscul i/o estructures de suport (p. ex. la fàscia, tendó o càpsula de l'articulació) i pot ser probable que es desenvolupi una osteomielitis o osteïtis. L'os/múscul exposat és visible o directament palpable.

Categories addicionals: (npuap)

Inestadiable / Sense classificar: pèrdua total d'espessor de la pell o dels teixits - profunditat desconeguda

Pèrdua de l'espessor total dels teixits on la profunditat real de l'úlceres està completament enfosquida per esfàcel (groc, canyella, grisos, verds o marrons) i/o escara (beix, marró o negra) en el llit de la ferida. Fins que s'hagin retirat suficients esfàcels i/o l'escara per exposar la base de la ferida, la veritable profunditat no es pot determinar; però és probable que sigui una categoria III o IV.

Una escara estable (seca, adherida, intacta, sense eritema o fluctuació) en els talons serveix com a "cobertura natural (biològica) del cos" i no s'ha d'eliminar.

Sospita de lesió de teixits profunds - profunditat desconeguda

Àrea localitzada de color púrpura o marró, de pell decolorada o ampolla plena de sang degut al dany dels teixits tous de sota per la pressió i/o la cisalla. L'àrea pot anar precedida per un teixit que és dolorós, ferm o tou, més calent o més fred en comparació amb els teixits del voltant. La lesió dels teixits profunds pot ser difícil de detectar en persones amb tons de pell fosca. L'evolució pot incloure una ampolla fina sobre un llit de ferida fosc. La ferida pot evolucionar i convertir-se en una escara prima. L'evolució pot ser ràpida i pot exposar capes addicionals de teixit, inclús amb un tractament òptim.

LESIONS PER HUMITAT

(Categorització segons el Grup Nacional per a l'Estudi i Assessorament de les UPP i ferides cròniques GNEAUPP)



Categoria I: eritema sense pèrdua de la integritat cutània

Pell íntegra amb envermelliment, que pot ser no blanquejable, d'una àrea localitzada, generalment sotmesa a humitat. L'eritema pot ser especialment difícil de detectar en individus amb tons de pell fosca, i la inflamació pot manifestar-se com un color diferent de la pell dels voltants. Les lesions per humitat d'aquesta categoria poden confondre's amb freqüència amb lesions per pressió o per fricció. Aquest eritema es pot classificar en:

1A: eritema lleu-moderat (pell rosada)

1B: eritema intens (pell rosada en to fosc o vermella)

Categoria II: eritema amb pèrdua de la integritat cutània

Pèrdua parcial de l'espessor de la dermis que es presenta com una lesió oberta poc profunda amb un llit de la ferida vermell-rosat. Les vores de la pell perilesional solen estar macerades presentant un color blanc-groguenc. En funció del grau d'erosió o deanudació poden classificar-se en:

2A: Eritema lleu-moderat (amb erosió de la pell menor del 50% del total de l'eritema)

2B: Eritema intens (amb erosió del 50 % o més de la mida de l'eritema)

LESIONS PER FRICCIÓ

(Categorització segons el GNEAUPP)

Categoria I: eritema sense flictena

Pell intacta amb envermelliment no blanquejable d'una àrea localitzada, generalment una zona sotmesa a fricció, on l'eritema presenta forma lineal, seguint els plans de lliscament.

Categoria II: presència de flictena

De vegades pot haver-hi contingut hemàtic per lesió de la dermis profunda, encara que no es veuen afectats els teixits subjacents.

Categoria III: lesió amb pèrdua de la integritat cutània

Pèrdua parcial de l'espessor de la dermis que es presenta com una úlcera oberta, poc profunda, amb un llit de la ferida vermell-rosat (encara que també poden existir restes d'hematoma o sang coagulada). Poden quedar en la zona perilesional restes de la pell que recobria la flictena i les vores de la pell que envolten la lesió poden estar aixecades i/o dentades.



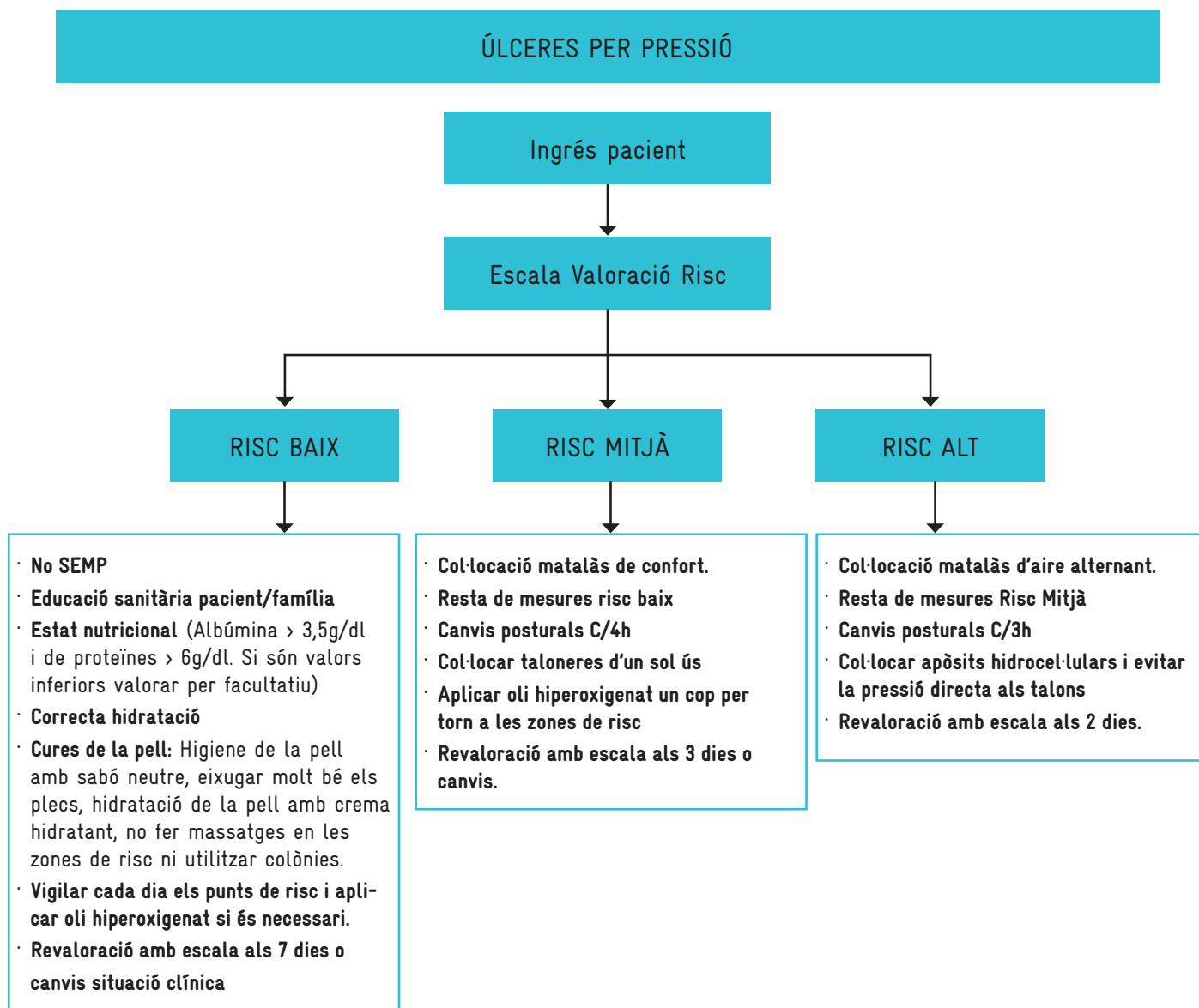
5.1.1.3 ESCALES DE VALORACIÓ

- Norton
- EMINA
- Braden
- E-PAT

Es detallen en l'Annex 3 les escales proposades per valorar el risc d'UPP i de DAI (l'escala e-PAT, escala validada per a determinar el risc de DAI, s'introduirà en breu donat que està en premsa i no es disposa del permís per a la distribució en aquests moments).

5.1.2 PREVENCIÓ

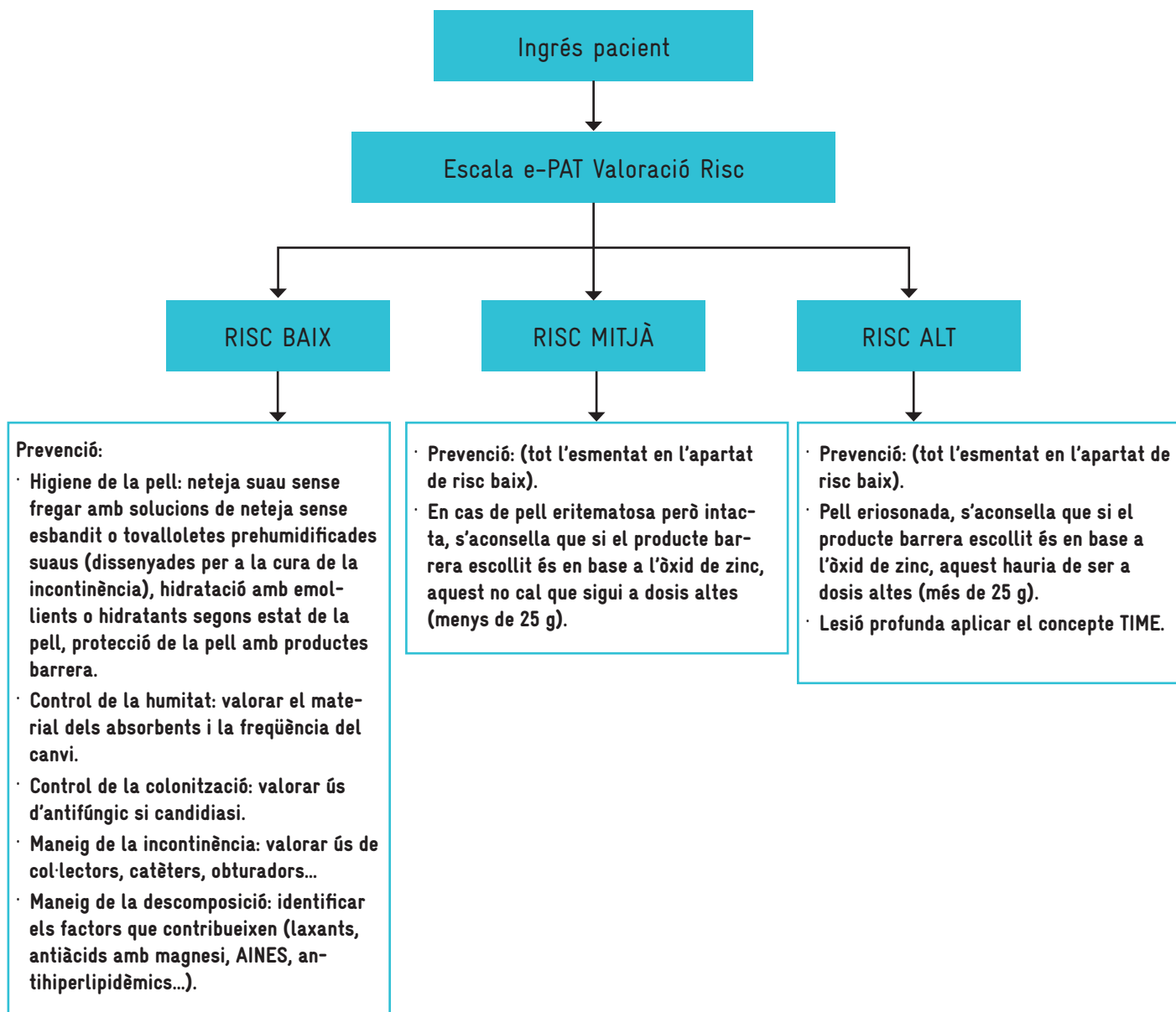
Algoritme de prevenció UPP





Algoritme de prevenció DAI

DERMATITIS ASSOCIADA A LA INCONTINÈNCIA





5.1.3. TRACTAMENT

Cal valorar la ferida en cada cura segons el concepte TIME i sense deixar de tractar la causa que ha originat aquella ferida (si és una UPP alleugerir la pressió, si és una lesió per humitat controlar la font d'humitat, si és una nafra venosa aplicar compressió efectiva, etc.).

T – Teixit no viable

I – Infecció/Inflamació

M – Control de la humitat

E – Estimulació de les vores

Taula 1. Tractament.

ESTAT DE LA FERIDA		PROCEDIMENT	FREQÜÈNCIA
T TEIXIT NO VIABLE	Necrosi seca	<ul style="list-style-type: none"> Desbridament (excepte el taló quan no fluctua): <ul style="list-style-type: none"> Tallant amb bisturí. Enzimàtic o autolític: <ul style="list-style-type: none"> Col·lagenasa + hidrogel + apòsit d'escuma. Taló quan no fluctua: <ul style="list-style-type: none"> Povidona iodada/cristalmina + apòsit secundari que alleugeri la pressió. 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar a cada cura c/ 48-72 h. c/ 24 h.
	Necrosi humida (esfàcels)	<ul style="list-style-type: none"> Desbridament: <ul style="list-style-type: none"> Tallant amb bisturí. Enzimàtic o autolític: <ul style="list-style-type: none"> col·lagenasa + hidrogel (si cal) + apòsit d'escuma. apòsit hidrodetersiu (Urgoclean®) retallat al perímetre de la lesió + col·lagenasa + hidrogel (si cal) + apòsit d'escuma. Químic o antimicrobià (si a més d'esfàcels hi ha infecció): <ul style="list-style-type: none"> cadexòmer iodat (Iodosorb®) + apòsit d'escuma hidrofibra d'hidrocol·loide amb plata + apòsit d'escuma 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar a cada cura c/ 48 -72 h. c/ 48 -72 h.
	Biofilm (sense signes d'infecció)	<ul style="list-style-type: none"> Retirar el tel: <ul style="list-style-type: none"> Amb pinces o agulla bisellada + apòsit hidrodetersiu (Urgoclean®) + apòsit d'escuma. 	<ul style="list-style-type: none"> c/ 48 -72 h.



ESTAT DE LA FERIDA		PROCEDIMENT	FREQÜÈNCIA
I INFECCIÓ/INFLAMACIÓ	Biofilm (amb signes d'infecció)	<ul style="list-style-type: none"> Retirar el tel. Si es disposa de solució estèril per irrigació de ferides tipus Prontosan® o Microdacyn® es poden fer fonents o si és en gel aplicar-ho un cop s'ha retirat el tel de biofilm. Tractaments possibles: <ul style="list-style-type: none"> hidrofibra d'hidrocol·loide amb plata + apòsit d'escuma. apòsit de plata nanocristal·lina + apòsit d'escuma. cadexòmer iodat (Iodosorb®) + apòsit d'escuma. Apòsit atrapabactèries (Sorbact®) + apòsit d'escuma 	<ul style="list-style-type: none"> Una de les opcions c/ 48-72 h.
	Ferides infectades amb esfàcels o escares	<ul style="list-style-type: none"> Desbridament: <ul style="list-style-type: none"> Tallant amb bisturí. Si es disposa de solució estèril per irrigació de ferides tipus Prontosan® o Microdacyn® es poden fer fonents o si és en gel aplicar-ho un cop s'ha retirat l'esfàcel o l'escara. Tractaments possibles: <ul style="list-style-type: none"> cadexòmer iodat (Iodosorb®) + (afegir hidrogel si no exsuda) + apòsit d'escuma. hidrofibra d'hidrocol·loide amb plata + apòsit d'escuma. apòsit de plata nanocristal·lina + apòsit d'escuma. Hidrogel + apòsit d'escuma amb plata. Apòsit atrapabactèries (Sorbact®) + apòsit d'escuma 	<ul style="list-style-type: none"> Una de les opcions c/ 48-72 h.
	Ferides infectades i molt exsudatives	<ul style="list-style-type: none"> Desbridament: <ul style="list-style-type: none"> Tallant amb bisturí. Si es disposa de solució estèril per irrigació de ferides tipus Prontosan® o Microdacyn® es poden fer fonents o si és en gel aplicar-ho un cop s'ha retirat l'esfàcel o l'escara. Tractaments possibles: <ul style="list-style-type: none"> Alginat amb Ag + apòsit d'escuma. Cadexòmer iodat (Iodosorb®) + apòsit d'escuma. Apòsit d'escuma amb plata. 	<ul style="list-style-type: none"> Una de les opcions c/ 48-72 h.



M HUMITAT	Exsudat baix	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenir cura en ambient humit (CAH) amb apòsit d'escuma. • Crema o pel·lícula barrera a pell periulceral. 	• Segons exsudat c/ 3-4 dies.
	Exsudat mitjà	<ul style="list-style-type: none"> • Control de l'exsudat amb apòsit d'escuma. • Crema o pel·lícula barrera a pell periulceral. 	• Segons exsudat c/ 48-72 h.
	Exsudat alt	<ul style="list-style-type: none"> • Control de l'exsudat amb apòsit d'alginat + apòsit d'escuma. • Crema o pel·lícula barrera a pell periulceral. 	• Segons exsudat c/ 48-72 h.

E ESTIMULACIÓ DE VORES	Ferides que necessiten estimulació de l'epitelització	<p>Un cop descartat que no hi hagi biofilm incipient (en cas de sospita es valorarà ús d'un antimicrobià durant 15 dies).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aportació de col·lagen per formar teixit amb col·lagen en pols (Catix®). • Aportació d'ions i sals minerals amb apòsit ric en ions i sals minerals (Trionic®). • Inhibidor de proteases amb apòsits inhibidors de proteases (Promogram® Urgostart®). 	• Una de les opcions c/ 48-72 h.
-------------------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------



5.1.4. LESIONS D'EXTREMITAT INFERIOR (VASCULARS I PEU DIABÈTIC)

ÚLCERES VASCULARS

Per al tractament de les lesions d'EEII també caldrà aplicar el concepte TIME a més a més de realitzar un índex turmell-braç (ITB), en cas de no disposar de Doppler contactar amb la referent de ferides del Centre d'Atenció Primària de referència o realitzar consulta a servei de vascular, per a diagnosticar el tipus.

*ITB: Prova diagnòstica que ens permet objectivar el grau de disfuncionalitat arterial. Factors que poden influir en la medició de l'ITB:

- **Edema:** resultats falsament elevats o dificultat en realitzar la medició.
- **Diabetis:** possible calcificació de les artèries. Resultats falsament elevats.
- **Artritis reumatoide:** Poden tenir un ITB normal però al tenir patologia a nivell microcirculatori hi ha un major risc de patologia arterial.

VALOR ITB	OBJECTIU	TRACTAMENT
ITB $\geq 0,8$ a $1,3$	Proporcionar una pressió de 40 mmHg a nivell de turmell i disminuir-la gradualment fins a 20 mmHg a sota genoll.	Compressió forta (40 mmHg): Embenats multicapa <ul style="list-style-type: none"> • Elàstic • Inelàstic
ITB = $0,7-0,79$ En absència d'altres signes i símptomes de malaltia arterial perifèrica.	Aplicar tractament compressiu amb precaucions.	Compressió reduïda (20-23 mmHg): Embenats multicapa <ul style="list-style-type: none"> • Elàstic • Inelàstic
ITB $< 0,7$	Descartar compromís arterial.	Contraindicat embenat. Valoració pel servei de vascular.
ITB $\geq 1,3$ És suggestiu d'una possible calcificació arterial. (En aquest cas no és una tècnica fiable per descartar compromís arterial.)	Descartar compromís arterial, valorar signes i símptomes clínics.	La compressió aplicada si es descarta el compromís arterial, serà la màxima que el pacient pugui tolerar.



Contraindicacions de la teràpia compressiva

ABSOLUTES	RELATIVES
Isquèmia arterial d'extremitats, amb ITB \leq 0,6 Dermatitis en fase aguda Artritis reumatoide aguda Hipersensibilitat o al·lèrgia al teixit.	ITB $>$ 0,6 i $<$ 0,8 Insuficiència cardíaca congestiva Úlceres Hipertensives o de Martorell

Un cop resolta l'úlçera venosa cal seguir amb mitges de compressió forta (classe 3, 34 a 40 mmHG) i si no es toleren les de compressió moderada de classe 2.

Mitges de compressió

CLASSE I LLEUGERA (15-20 MMHG)	CLASSE II NORMAL (21-29 MMHG)	CLASSE III FORTA (30-40 MMHG)	CLASSE IV MOLT FORTA ($>$ 40 MMHG)
Tractament de varius superficials, IVC, prevenció.	Tractament de varius d'embaràs, varius de gravetat mitjana, prevenció d'úlceres venoses i tractament de l'edema moderat.	Tractament de grans varius, insuficiència venosa postrombòtica, tractament i prevenció d'úlceres venoses i de l'edema important.	Tractament de limfedema, lipedema i grans edemes.

PEU DIABÈTIC

En els casos que no es pugui derivar el pacient a la unitat de peu diabètic també caldrà aplicar el concepte TIME a més a més de realitzar ITB per a diagnosticar el tipus. El tractament per a les lesions neuropàtiques consistirà a més a més a posar en pla les hiperqueratosis i aplicar fèrules de descàrrega.



TIPUS	LOCALITZACIÓ	ASPECTE	PERFUSSIÓ	SENSIBILITAT
NEUROPÀTIC	Punts de pressió: Plantar: caps metatarsals, tars (peu de Charcot), dits, taló, maleols	Peu calent. vores definides. Pell circumdant amb hiperqueratosi. Profunda.	Polsos palpables. ITB > 0,90	Úlcera no dolorosa.
NEUROISQUÈMIC	Punts de pressió i fregament amb el calçat. Plantar: caps metatarsals, tars (peu de Charcot). Dits: dors, interdigital Taló. Arc extern.	Úlcera Plana Vores irregulars Fons necròtic Peu fred	Polsos febles o absents. Rubor ITB 0,40-0,69	Alteració neuropatia. Dolor en funció del grau de neuropatia.
ISQUÈMIC	Zones distals, preferentment en els dits.	Pla, irregular. Fons necròtic o desvitalitzat. Peu blanquinós, fred. En gangrena seca: negre. En gangrena humida: edema exsudat.	Polsos absents. Rubor ITB < 0,39.	Dolor al repòs. Úlcera molt dolorosa en funció del grau de neuropatia.



BIBLIOGRAFIA

1. Associació d'infermeria familiar i comunitària de Catalunya. *Guies* [Internet]. 2018 [citat 30 octubre 2018]. Recuperat de: <https://www.aificc.cat/guies>
2. CAPILLAS PÈREZ R, CASTILLO MUÑOZ L, MORROS TORNÉ C, PORTAS FREIXES J, VEDIA URGELL C. *Maneig de les úlceres vasculares*. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2004. 42 p.
3. GNEAUPP. *Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas*. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no IX. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2011. 14 p.
4. RODRÍGUEZ PALMA M, LÓPEZ CASANOVA P, GARCÍA MOLINA P, IBARS MONCASÍ P. *Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de úlceras por presión*. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no XIII. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2011. 93 p.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



5.1.5. ANNEXOS

Annex 1: Característiques diferenciadores UPP versus DAI

	DAI	UPP
Causa	Humitat (+ fricció)	Pressió / cisalla
Localització	Perianal No en prominències òssies o sí, però sense pressió ni cisalla presents Lesió lineal limitada a plec anal	Prominència òssia
Forma	Difusa - lesió en mirall/petó	Circular Regular
Profunditat	Superficial	Superficial-Profunda
Necrosis	No	Possible
Vores	Difuses o irregulars. vores esquinçades si a més a més s'ha exposat a fricció	Clarament distingibles
Color	Enrogiment no uniforme i maceració	Diversos, dependrà de l'estadi i fase de la cicatrització



Annex 2: Consentiment informat en cas de desbridament mecànic

Sr./Sra.

amb DNI..... major d'edat, en ple ús de les meves facultats mentals, com a pacient:

Declaro,

que he estat àmpliament i satisfactòriament informat, he llegit aquest document, he entès i estic d'acord amb les explicacions del procediment i dono el meu consentiment, per tal que es dugui a terme aquest procediment terapèutic, durant les sessions que es consideri necessari (Llei general de sanitat, article 10.6).

En cas d'incapacitat o minoria d'edat, representant legal o tutor (*):

Representante legal:

Sr./Sra.

amb DNI..... major d'edat, en ple ús de les meves facultats mentals, manifesto que com a representant o tutor del pacient (parentiu...).

Declaro que he estat informat dels avantatges i inconvenients de la tècnica. Entenc la informació rebuda i he pogut formular totes les preguntes que he sol·licitat.

....., a de de

.....

Signatura del pacient/representant. Identificació i signatura del metge o infermera.

REVOCACIÓ

He decidit revocar la meva anterior autorització i no vull prosseguir amb la utilització d'aquesta tècnica en el tractament de la meva lesió, que dono, en aquesta data per finalitzat.

A, a de de

.....

Signatura del pacient / representant

(*) Ordre de prelatió: cònjuge, fills, pares, germans, altres.



Annex 3: Escales de valoració UPP i DAI

Escala de Norton

ESTAT FÍSIC	ESTAT MENTAL	MOBILITAT	ACTIVITAT	INCONTINÈNCIA	PUNTS
BO	ALERTA	COMPLETA	DEAMBULA	NUL·LA	4
ACCEPTABLE	APÀTIC	UNA MICA LIMITADA	AMB AJUDA	OCASIONAL	3
DEFICIENT	CONFÚS	MOLT LIMITADA	EN CADIRA DE RODES	HABITUAL	2
MOLT DEFICIENT	ESTUPORÓS	IMMÒBIL	ENLLITAT	URINÀRIA I FECAL	1

RISC MÍNIM	15 A 20
RISC EVIDENT	12 A 14
RISC ALT	< 12

Escala de Braden-Bergstrom

PUNTS	PERCEPCIÓ SENSORIAL	EXPOSICIÓ HUMITAT	ACTIVITAT	MOBILITAT	NUTRICIÓ	RISC DE LESIONS CUTÀNIES
1	COMPLETAMENT LIMITADA	CONSTANTMENT HUMIDA	ENLLITAT	IMMÒBIL	MOLT POBRA	PROBLEMA
2	MOLT LIMITADA	HUMIDA AMB FREQUÈNCIA	CADIRA DE RODES	MOLT LIMITADA	INADEQUADA	PROBLEMA POTENCIAL
3	LLEUGERAMENT LIMITADA	OCASIONALMENT HUMIDA	DEAMBULA OCASIONALMENT	LLEUGERAMENT LIMITADA	ADEQUADA	NO EXISTEIX PROBLEMA
4	SENSE LIMITACIONS	RARAMENT HUMIDA	DEAMBULA FREQUENTMENT	SENSE LIMITACIONS	EXCEL·LENT	

RISC MÍNIM	< 13
RISC EVIDENT	13 A 14
RISC ALT	>14



Escala Emina

NUTRICIÓ	ESTAT MENTAL	ACTIVITAT	MOBILITAT	HUMITAT R/C INCONTINÈNCIA	PUNTS
NO INGESTA	COMATÓS	NO DEAMBULA	IMMÒBIL	URINÀRIA I FECAL	3
INCOMPLETA	LETÀRGIC O HIPERCINÈTIC	LIMITACIÓ IMPORTANT	LIMITACIÓ IMPORTANT	URINÀRIA O FECAL HABITUAL	2
OCASIONALMENT INCOMPLETA	DESORIENTAT, APÀTIC O PASSIU	DEAMBULA AMB AJUDA	LLEUGERAMENT LIMITADA	URINÀRIA O FECAL OCA-SIONAL	1
CORRECTA	ORIENTAT	DEAMBULA	COMPLETA	NO	0

RISC MÍNIM	0 A 3
RISC EVIDENT	4 A 7
RISC ALT	8 A 15

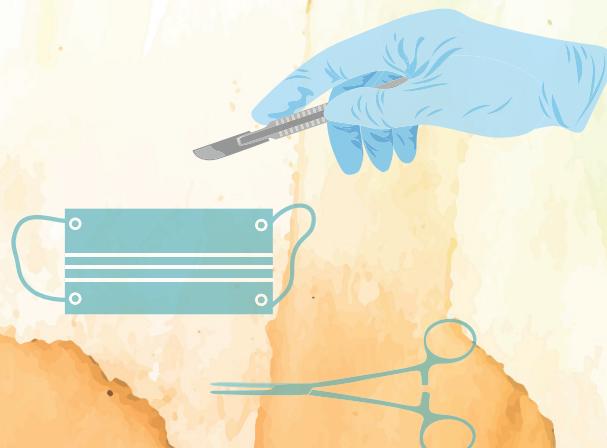
Escala e-PAT

PERINEAL RISK ASSESSMENT TOOL (e-PAT)				Puntuación
Intensidad del Irritante. Tipo y consistencia del irritante.	3 Heces líquidas con o sin orina.	2 Heces blandas con o sin orina.	1 Heces formadas con o sin orina.	
Duración del Irritante. Cantidad de tiempo que la piel está expuesta al irritante.	3 Cambios de pañal/ropa de cama cada 1-2 horas.	2 Cambios de pañal/ropa de cama cada 3-4 horas.	1 Cambios de pañal/ropa de cama cada 5 o más horas.	
Condición de la piel perianal. Integridad de la piel.	3 Denudada/erosionada con o sin dermatitis.	2 Eritema/dermatitis con o sin candidiasis.	1 Intacta.	
Factores Contribuyentes. Albúmina baja, antibióticos, alimentación por sonda, Enterocolitis por Clostridium.	3 Tres o más factores contribuyentes a heces no formadas.	2 Dos factores contribuyentes a heces no formadas.	1 Cero o un factor contribuyente a heces no formadas.	
TOTAL				

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL

Tècniques d'infermeria



6.1. PROTOCOL DE SONDATGE NASOGÀSTRIC

DEFINICIÓ

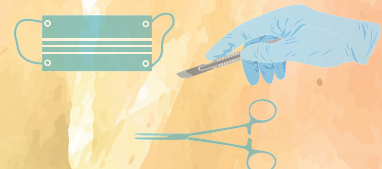
Introducció d'una sonda a l'estómac, a través de les fosses nasals, per mantenir una via d'accés permanent de la cavitat gàstrica a l'exterior amb finalitats preventives, terapèutiques i diagnòstiques.

OBJECTIUS

- Evacuar el contingut gàstric.
- Realitzar un rentat gàstric.
- Aportar alimentació enteral.
- Administració de medicació.
- Finalitats diagnòstiques, obtenció de mostres per analitzar.

MATERIAL

- Guants d'un sol ús.
- Tovallola o amarador.
- Sonda nasogàstrica.
- Gases estèrils.
- Lubrificant hidrosoluble.
- Got amb aigua.
- Mocador de paper.
- Xeringa de 50 cc.
- Fonendoscopi.
- Material de fixació.
- Bossa col·lectora amb suport.



PREPARACIÓ PERSONAL

- Mesures generals d'asèpsia.
- Higiene de mans segons protocol i posar-se guants.

PREPARACIÓ PACIENT

- Identificació del pacient.
- Informar l'usuari i/o família del que volem fer, com i per què i de quina manera ens pot ajudar.
- Col·locar l'usuari en posició fowler, sempre que sigui possible. En pacients inconscients i sense lesions medul·lars o de coll, col·locar en posició de decúbit supí i realitzar una hiperflexió del coll.
- Prevenir risc de caigudes.
- Mantenir una correcta higiene nasal i bucal.
- Retirar pròtesi dental si en porta.
- Indicar al pacient que faci un senyal en cas de dificultat o molèstia.

PROCEDIMENT INSERCIÓ DE LA SONDA NASOGÀSTRICA

- Observar l'estat de les fosses nasals. Evitar la introducció de la sonda per l'orifici que presenti deformitats o obstruccions.
- Retirar la pròtesi dental, si el pacient en porta.
- Col·locar una tovallola o amarador damunt tòrax del pacient.
- Determinar la longitud de la sonda que s'ha d'introduir. Amb la mateixa sonda mesurar la distància començant per la punta del nas fins al lòbul de l'orella i d'aquí fins a l'apèndix xifoide i assenyalar la distància corresponent.
- Lubrificar l'extrem de la sonda.
- Demanar a l'usuari que tiri el cap enrere i introduir lentament la sonda per fossa nasal, al passar per la nasofaringe es pot provocar un llagimeig, en aquest cas proporcionar al pacient mocadors de paper, si es troba resistència, retirar la sonda, lubricar-la de nou i intentar-ho a l'altra fossa nasal. No forçar mai l'entrada per evitar lesions.
- Al passar la sonda per orofaringe, l'usuari presentarà nàusees. Demanar-li que tiri el cap endavant i que empassi saliva i si no està contraindicat, que faci petits xarrups d'aigua. Introduir la sonda cada vegada amb més rapidesa fins a arribar a la longitud prèviament determinada. Si l'usuari segueix tenint nàusees i la sonda no entra, retirar-la una mica i observar si està ubicada a cavitat bucal. En aquest cas la retirarem fins que quedi recta i intentarem introduir-la de nou.
- Cal assegurar-se que la sonda està ben col·locada. Si la sonda segueix la via respiratòria es desencadenarà tos, dispnea i si no és retirada cianosi.



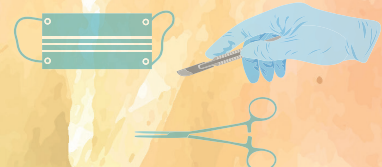
- Per comprovar la correcta posició de la sonda a l'estómac:
 - Aspirar contingut gàstric mitjançant una xeringa d'alimentació.
 - Aplicar el fonendoscopi a l'epigastri i injectar una xeringa de 20 cc plena d'aire: si la posició és correcta auscultarem un soroll característic "gloc-gloc".
- Assegurar la sonda amb material de fixació que es disposi a l'aleta nasal del pacient per evitar decúbits i traccions.
- Segons quines siguin les indicacions, la sonda es connectarà a la nutrició enteral (regulada per bomba d'infusió o per gravetat) a la bossa col·lectora (quedant sempre sota nivell de l'estómac) o a l'aspirador o bé es tancarà l'extrem proximal.
- Retirar el material i acomodar el pacient.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si escau.
- Retirada de guants.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Registrar el procediment realitzat, dia, hora, tipus de sonda i calibre.
- Anotar característiques del líquid drenat.

MANTENIMENT DE LA SONDA NASOGÀSTRICA

- Observar que la marca de referència es troba al nivell del nas i no s'ha desplaçat.
- Mobilitzar la sonda cada 24 hores, retirant-la i introduint-la una mica.
- Inspeccionar les fosses nasals per si es produeixen irritacions.
- Netejar diàriament les fosses nasals.
- Netejar diàriament la part externa de la sonda amb aigua tèbia i sabó.
- Aplicar lubricant en la fossa nasal si presenta sequedat o crostes.
- Higiene bucal diària i manteniment dels llavis hidratats.
- El canvi de sonda varia segons el material que sigui la sonda:
 - Sonda de polietilè: canvi cada 7-14 dies
 - Sonda de poliuretà: canvi cada 2-3 mesos
 - Sonda de silicona: canvi cada 3-6 mesos

RETIRADA DE LA SNG

- Informar l'usuari i/o família del que volem fer i de quina manera ens pot ajudar.
- Desconnectar la sonda de l'aspirador o de la nutrició si escau i pinçar-la.
- Retirar la fixació de la sonda del nas.
- Demanar a l'usuari que realitzi una aspiració profunda aguantant l'aire.
- Retirar-la amb rapidesa i suaument.
- Proporcionar a l'usuari mocadors de paper per netejar-se el nas.
- Retirar el material i acomodar el pacient.



- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si escau.
- Retirada de guants.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Anotar al registre el procediment i les incidències.

RECOMANACIONS



- Mantenir el pacient incorporat 30° per evitar reflux gastroesofàgic.
- En cas d'aspiració gàstrica o quan la sonda està connectada a la bossa col·lectora, planificar controls cada 24 hores i anotar la quantitat recollida i característiques.
- En cas de rentat gàstric, anotar i planificar fulls de balanços d'entrades i sortides.
- Tenir en compte la màxima durada segons tipus de sonda utilitzada i les complicacions que pugui presentar el pacient.

6.1.1. ADMINISTRACIÓ DE NUTRICIÓ ENTERAL (NE)

Material

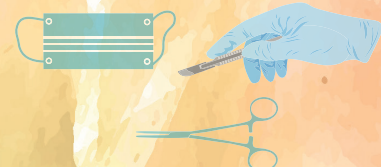
- Sonda nasogàstrica
- Guants
- Material per a l'administració de la NE (xeringa, bomba o equip per gravetat)
- Protector per sobre del pit del pacient, per evitar embrutar
- Aliment
- Recipient en cas de vòmits
- Aigua per administrar-la abans i després de l'aliment

Preparació personal

- Mesures generals d'asèpsia.
- Higiene de mans segons protocol i posar-se guants.
- Tenir l'aliment preparat en condicions de temperatura adient, a temperatura ambient.

Preparació pacient

- Identificació del pacient.
- Informar l'usuari i/o família del que volem fer, com i per què i de quina manera ens pot ajudar.
- Explicar al pacient que no ha d'estirar la SNG. Si les seves capacitats cognitives no són òptimes, caldrà realitzar contenció d'EESS i/o aplicar uns manyoples de protecció a les mans.
- Col·locar l'usuari en posició fowler, sempre que sigui possible.
- Prevenir risc de caigudes.



Procediment

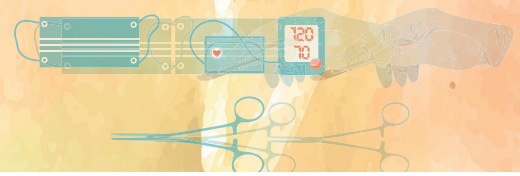
1. Comprovar que la SNG està ubicada correctament. Fixar-se en la marca de referència de la SNG. Retirar el tap de la SNG i seguidament aspirar per valorar la presència de contingut gàstric mitjançant una xeringa d'alimentació i/o aplicar el fonendoscopi a l'epigastri i injectar una xeringa de 20 cc plena d'aire: si la posició és correcta auscultarem un soroll característic "gloc-gloc".
2. En cas que a l'aspirar s'obtingui contingut gàstric reintroduir-lo.
 - Si la quantitat obtinguda és la mateixa o superior a la meitat de la quantitat total a administrar no es començarà l'administració i es comunicarà al facultatiu.
 - Si la quantitat obtinguda és mínima, iniciar l'administració de NE.
3. Existeixen dos tipus d'administració de NE: la intermitent i la contínua. Dins de la intermitent distingim dos mètodes, un amb xeringa i un altre amb un equip de gravetat.
 - Amb xeringa: no és recomanable ja que pot provocar incidències si s'administra massa ràpid. Però, en cas necessari:
 - Després dels passos previs, treure el tap de la SNG i administrar la NE mitjançant una xeringa de 50-60 ml.
 - Mantenir la permeabilitat de la SNG administrant aigua post NE.
 - Retirar la xeringa i tapar la SNG.
 - Netejar la xeringa després de cada presa, esbandir i assecar per evitar fongs.
 - Per gravetat: més lenta i més ben tolerada.
 - Després dels passos previs, preparar la NE en la bossa, connectar-la a l'equip de degoteig i purgar-lo.
 - Connectar el sistema de degoteig a la SNG i regular la velocitat segons pauta.
 - Mantenir la permeabilitat de la SNG administrant aigua post NE.
 - Netejar l'equip de degoteig després de cada presa, esbandir i assecar per evitar fongs.

Per altra banda, per a l'administració contínua s'utilitza una bomba, que permet controlar exactament la velocitat d'infusió. Els passos a seguir són els mateixos que en l'administració intermitent per gravetat.

RECOMANACIONS

- En cas que apareguin nàusees o vòmits o que el pacient s'arrenqui la SNG, aturar immediatament l'administració de NE.
- Comentar a facultatiu si apareixen canvis en el ritme deposicional, si apareix restrenyiment o diarrees.
- Un cop obert l'envàs de NE s'ha de conservar a la nevera i no més de 24 h.



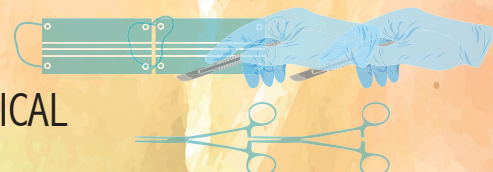


BIBLIOGRAFIA

1. *Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado no 274 (15-11-2002).
2. BUTCHER HK, BULECHEK GM, FAAN PRN, DOCHTERMAN JM, WAGNER C, MBA RNP. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier; 2018.
3. Hospital Universitario Virgen del Rocío. *Manual de procedimientos generales de enfermería*. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud; 2012. 302 p.
4. KOZIER B. *Técnicas en enfermería clínica*. 4a ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2000. 11053 p.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)



6.2. PROTOCOL DE CATETERISME VESICAL

DEFINICIÓ

Introducció d'un catèter o sonda en la cavitat vesical amb la finalitat de drenar la bufeta, o bé, per administració de fàrmacs amb finalitat terapèutica i/o diagnòstica.

- Sondatge intermitent: introducció d'una sonda, durant un curt espai de temps, per drenar la bufeta.
- Sondatge permanent: introducció d'una sonda, amb caràcter fix, fins que es resolgui el problema pel qual ha estat col·locada.

OBJECTIUS

Cateterisme vesical intermitent

- Buidar la bufeta en cas de Retenció Aguda d'Orina.
- Recollir mostres d'orina estèrils.
- Administrar fàrmacs amb finalitat terapèutica i/o diagnòstica.

Cateterisme vesical permanent

- Mesurar i controlar la diüresi de manera estricta i continuada.
- Mantenir la bufeta buida en casos d'intervenció quirúrgica.
- Mantenir la pell seca en persones incontinentes que tinguin lesions cutànies pròximes a la zona perianal (nafres per pressió o eritemes).
- Permetre la cicatrització de les vies urinàries post cirurgia.

MATERIAL

Per a la higiene dels genitals

- Guants d'un sol ús
- Gerra o recipient amb aigua tèbia
- Esponges sabonoses
- Orinal pla
- Gases
- Antisèptic aquós

Per al sondatge

- Il·luminació correcta del lloc on es realitzarà la tècnica.
- Guants estèrils
- Talla estèril
- Catèter vesical estèril (tipus i calibre en funció del tipus de sondatge i del pacient).



- Lubricant urològic hidrosoluble
- Pinça kocher i/o pinça incorporada segons la marca comercial
- Recipient per obtenció de mostra estèril (si cal)

Si el sondatge ha de ser permanent cal afegir

- Bossa col·lectora d'orina de circuit tancat (amb vàlvula antireflux, zona de presa de mostres, dispositiu per pinçar sonda i tub distal per buidar la bossa)
- Xeringa de 10 ml
- Aigua bidestil·lada, estèril de 10 ml
- Suport per a la bossa d'orina
- Esparadrap per fixar la sonda
- Tap de sonda vesical estèril (si cal)

PREPARACIÓ DEL PERSONAL

- Coneixement del protocol
- En funció del tipus de sondatge (foley o female) i de les característiques del pacient (si col·labora o no) caldran una o dues persones per realitzar la tècnica de sondatge (infermera / infermera i auxiliar)
- Preparar tot el material necessari per tal d'evitar desplaçaments innecessaris
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol

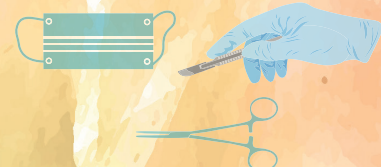
PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Identificació del pacient
- Informar l'usuari sobre el procediment que li anem a practicar i la finalitat
- Prendre les mesures adequades per respectar la seva intimitat
- Esbrinar si és al·lèrgic al làtex o al iode
- Esbrinar si té antecedents patològics urològics
- Prevenir risc de caigudes
- Indicar i ajudar a col·locar l'usuari en posició correcta (homes en decúbit supí, dones en posició ginecològica)
- Realitzar la higiene genital segons el Protocol
- Aseptitzar amb antisèptic aquós el meat urinari.

PROCEDIMENT INSTAURACIÓ SONDATGE VESICAL

La persona que realitzi el sondatge

- Efectuarà la higiene de mans segons el Protocol
- Es posarà guants estèrils i prepararà el camp i el material estèril amb ajuda d'una altra persona, si cal.



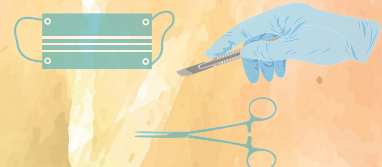
- Comprovarà el globus de la sonda, en cas de sonda foley, per si hi ha fuites.
- Es col·locarà al costat del pacient i amb la mà no dominant separarà els llavis interns o subjectarà el penis, mentre amb l'altra procedirà a sondar.

Cateterisme vesical femení

- Lubricar la sonda.
- Separar els llavis interns per visualitzar bé el meat.
- Introduir suaument el catèter a través del meat, exercint una pressió constant i sense forçar, fins a la porció distal de la sonda.

Cateterisme vesical masculí

- Lubricar la sonda
- Aguantar el penis amb la mà no dominant i sostenir-lo a 90 graus, retraient el prepuci i deixant el gland al descobert per poder visualitzar bé el meat.
- Introduir suaument el catèter, exercint una pressió constant i sense forçar, aproximadament 7-8 cm i col·locar el penis en posició horitzontal per continuar introduint la sonda fins que surti orina
- Retornar el prepuci a la posició inicial, cobrint el gland.
- Un cop comenci a sortir orina es pot recollir mostra en recipient estèril.
- Connectar la sonda a la bossa col·lectora, en cas de sondatge permanent. Si el sondatge és intermitent es realitzarà el buidat del contingut de la bufeta i tot seguit es retirarà la sonda.
- Si la quantitat d'orina emesa supera els 250 cc cal pinçar el tub de drenatge uns 5 min. alternativament, per evitar descompressió sobtada de la bufeta.
- Inflar el globus vesical amb 5-10 ml d'aigua bidestil·lada segons indiqui el catèter i retirar suaument el catèter fins que el globus quedi anellat al coll vesical.
- Fixar el catèter amb esparadrap a la cara interna de la cuixa del pacient.
- Penjar la bossa col·lectora al suport corresponent.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si escau.
- Recollir el material utilitzat.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Anotar-ho als registres d'infermeria.



RECOMANACIONS



- Sondar només quan sigui totalment imprescindible i reavaluar la conveniència.
- Utilitzar sempre el calibre o diàmetre mínim possible, per evitar lesionar el tracte urinari.
- No forçar mai l'entrada de la sonda pel perill de poder provocar falses vies.
- En el sondatge femení, en cas de canalització accidental de la vagina, deixar el catèter col·locat i inserir-ne un altre estèril dins la uretra, un cop es canalitzi la bufeta retirar l'anterior.
- Utilitzar sempre circuit tancat.
- Registrar el procediment: data, hora / torn, tipus de catèter, motiu del sondatge, nom del professional que realitza la tècnica, aspecte i quantitat de l'orina emesa.
- Registrar i identificar les mostres.
- Planificar les cures d'infermeria respecte al sondatge i manteniment d'aquest.

6.2.1 Manteniment de cateterisme vesical

DEFINICIÓ

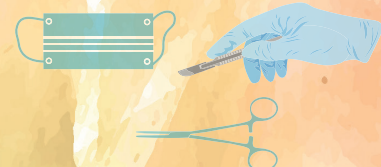
Són les cures a realitzar a l'usuari portador de sonda vesical permanent per tal d'assegurar el bon funcionament del catèter vesical.

OBJECTIUS

- Reduir el risc de complicacions locals i generals derivades del sondatge vesical permanent (cistitis, infecció urinària, decúbits, hematúria per tracció o desplaçaments inadequats, sortida de la sonda...)
- Mantenir la permeabilitat del catèter vesical
- Proporcionar el màxim confort a l'usuari portador de sonda vesical

MATERIAL

- Guants d'un sol ús
- Gerra o recipient amb aigua tèbia
- Esponges sabonoses
- Tovallola
- Antisèptic aquós
- Gases
- Esparadrap hipoal·lèrgic
- Bossa col·lectora (quan sigui necessari canviar-la).
- Catèter vesical estèril (quan sigui necessari canviar-lo).



PREPARACIÓ DEL PERSONAL

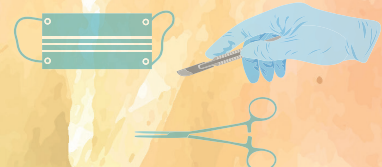
- Coneixement del protocol.
- En funció de l'estat del pacient caldrà una o dues persones (infermera, auxiliar, cuidador).
- Preparació del material necessari per evitar desplaçaments innecessaris.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Identificació del pacient.
- Informar el pacient sobre el procediment que li anem a practicar, sol·licitant la seva col·laboració.
- Prendre les mesures adequades per respectar la seva intimitat.
- Preguntar si és al·lèrgic al iode.
- Prevenir risc de caigudes.
- Indicar i ajudar a col·locar el pacient en posició correcta per realitzar la higiene i asèpsia del punt d'inserció del catèter.
- La bossa col·lectora ha d'anar fixada o penjada del seu suport adequat, en cas del pacient hospitalitzat cal deixar-la sempre visible.

PROCEDIMENT

- Col·locació de guants d'un sol ús.
- Realitzar la higiene dels genitals, segons protocol, i de la sonda dos cops al dia i si cal, en el cas d'embrutar-se amb femta.
- Netejar acuradament la zona del meat i el punt d'unió amb el catèter vesical amb aigua i sabó un cop al dia.
- Mobilitzar la sonda en sentit rotatori, sobre si mateix, per evitar adherències, després de la higiene.
- Canviar la subjecció del catèter a la pell, amb esparadrap hipoal·lèrgic nou, assegurant que quedi ben fixat per evitar estiraments de la sonda.
- Comprovar el funcionament del drenatge tancat, descartant signes d'obstrucció:
 - Absència d'orina
 - Fuites d'orina per rebossament
 - Distensió abdominal i/ o dolor
- Col·locar el pacient en la postura més còmoda.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si escau.



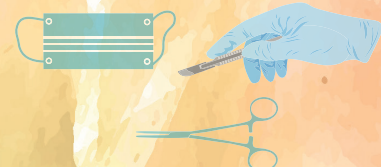
RECOMANACIONS



- Revisar les característiques qualitatives (densitat i coloració) i quantitatives de l'orina buidant la bossa col·lectora cada 6-8 hores o abans si és plena.
- La bossa col·lectora es canviarà en circuit tancat segons les recomanacions del fabricant o quan sigui necessari mantenint totes les mesures d'estricta asèpsia en la manipulació.
- Vigilar que les bosses penguin del suport evitant que s'arrossequin per terra.
- Mantenir la bossa de la SV per sota del nivell de la bufeta.
- Evitar punts de pressió de la tubuladura damunt la pell a l'hora de deixar connectada la bossa de diüresi.
- Evitar que es formin colzes al conducte del drenatge.
- Evitar mobilitzacions brusques que puguin provocar arrencaments o estiraments del catèter vesical.
- Assegurar un aport hídric de 2-3 litres al dia per evitar sediments i garantir una bona permeabilitat.
- Es recomana el canvi de sonda cada:
 - 20-25 dies en cas de sondes de làtex
 - 2 mesos en cas de sondes de silicona
- En cas de retirada del catèter cal aspirar o buidar, prèviament, la quantitat del globus vesical.
- Realitzar rentats vesicals en cas d'obstrucció de la sonda, introduint de 30-50 cc de sèrum fisiològic.
- Registrar la primera micció post retira del sondatge o, per contra, registrar si existeix retenció aguda d'orina.

Deixar constància en la Història clínica dels registres d'infermeria:

- Planificació diària de les cures d'infermeria
- Full o gràfica de controls
- Registre d'incidències, fer constar els canvis en les característiques de l'orina, incidències amb la sonda i el circuit de drenatge i situació del pacient.



6.2.2 Control de diüresi

PACIENT CONTINENT

DEFINICIÓ

És l'observació i mesura de l'orina eliminada durant un període de temps determinat.

- Control quantitatiu. Mesura el volum d'orina eliminat.
- Control qualitatiu. Observació de l'aspecte de l'orina, color, densitat, olor...

OBJECTIUS

Controlar la quantitat i la qualitat de l'orina en un temps determinat.

Dirigit als usuaris continents del centre que requereixen un control del volum i característiques de la orina eliminada en un període de temps.

MATERIAL

- Recipient o contenidor d'orina amb tapa, transparent, a ser possible graduat, correctament identificat (nom del malalt i/o núm. d'habitació i llit).
- Gerra graduada.
- Full de control de diüresi.
- Guants d'un sol ús.

PREPARACIÓ DEL PERSONAL

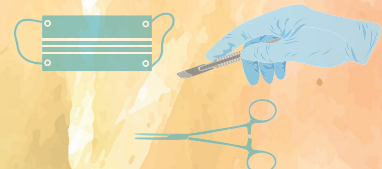
- Coneixement del protocol
- Efectuar la higiene de mans segons protocol.
- Utilització de guants d'un sol ús al recollir i mesurar l'orina.
- A realitzar per la infermera o l'auxiliar.

PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Identificació del pacient.
- Informar el pacient que guardi l'orina en el contenidor i no orini directament al vàter.
- Informar la família que no llencin l'orina del pacient al vàter.

PROCEDIMENT

- Comprovar la identificació del contenidor d'orina, que correspongui al pacient a qui li fem el control.
- En cas de ser un contenidor sense graduació, recollirem l'orina en una gerra graduada.
- Mesurar la quantitat d'orina.
- Observar les característiques de l'orina (color, densitat...).



- Tirar el contingut al vàter.
- Anotar en el full de diüresi i en la gràfica la quantitat i les característiques de l'orina.
- Recollir i netejar el material utilitzat, cal esbandir amb hipoclorit sòdic la gerra de medicació abans de sortir de l'habitació.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

RECOMANACIONS

- La indicació i periodicitat del control serà per prescripció facultativa.
- Registrar, en cada control, la quantitat i les característiques de l'orina als registres d'infermeria i de la història clínica (full de diüresi, gràfica de constants vitals...).



PACIENT INCONTINENT

DEFINICIÓ

És l'observació i mesura de l'orina eliminada a través de la sonda vesical o col·lector en un període de temps determinat.

OBJECTIU

- Controlar la quantitat i la qualitat de l'orina eliminada en un temps determinat.
- Dirigit als usuaris incontinents del centre portadors o no d'un cateterisme vesical permanent.

MATERIAL

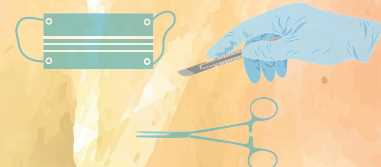
- Gerra graduada
- Guants d'un sol ús
- Full de control de diüresi
- Hipoclorit sòdic

PREPARACIÓ DEL PERSONAL

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol
- Utilitzar guants d'un sol ús al recollir i mesurar l'orina
- A realitzar per la infermera o l'auxiliar

PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Identificació del pacient
- Informar al pacient de la tècnica que estem fent
- Col·locar la bossa col·lectora ben visible per observar les característiques de l'orina



PROCEDIMENT

- Obrir la vàlvula de la bossa d'orina i drenar el seu contingut dins la gerra graduada
- Assegurar que un cop buidada la bossa, la vàlvula quedi ben tancada
- Realitzar la mesura i valorar les característiques qualitatives de l'orina
- Tirar el contingut de la gerra al vàter
- Recollir i netejar el material utilitzat, cal esbandir amb hipoclorit sòdic la gerra de mesura abans de sortir de l'habitació
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol

RECOMANACIONS

- No desconnectar la bossa de la sonda, utilitzar la clau.
- Mantenir la bossa per sota del nivell de la bufeta urinària.
- Control de diüresi cada torn, independentment de si es buida o no.
- Registrar, en cada control, la quantitat i les característiques de l'orina als registres d'infermeria i de la història clínica (full de diüresi, gràfica de constants vitals...).



6.2.3 Canvi de bossa de diüresi

DEFINICIÓ

Retirada de la bossa recol·lectora d'orina i connexió d'una nova bossa al catèter vesical i/o al col·lector peneal.

OBJECTIU

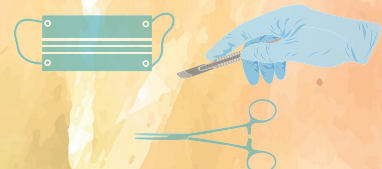
- Disminuir el risc d'aparició d'infeccions urinàries.
- Dirigit als usuaris del centre, portadors de catèters vesicals i col·lectors peneals d'orina.

MATERIAL

- Guants d'un sol ús.
- Bossa recol·lectora (antireflux, amb clau i sistema d'extracció de mostres)
- Pinça kocher i/o pinça incorporada segons marca comercial.

PREPARACIÓ DEL PERSONAL

- Coneixement del protocol.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Utilitzar guants d'un sol ús.



PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Identificació del pacient
- Informar el pacient de la tècnica que anem a practicar i de com pot col·laborar
- Acomodar el pacient per procedir al canvi de bossa
- Es prendran les mesures adequades per respectar la intimitat del pacient

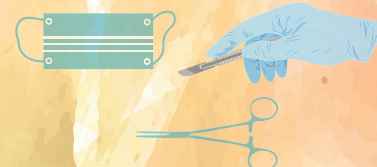
PROCEDIMENT

- Pinçar la sonda a l'alçada de la vàlvula de sortida d'orina (extrem més distal) per evitar que surti orina de manera incontrolada i es protegirà l'àrea a pinçar amb una gasa per evitar lesionar la sonda
- Els col·lectors peneals es pinçaran per l'extrem més distal per procedir al canvi de bossa
- Desconnectar la bossa i connectar-ne una de neta
- Despinçar la sonda i observar que el circuit no presenti colzes
- Adequar la bossa al suport per tal que no s'arrossegui per terra i es deixarà en decliu per sota el nivell de la bufeta
- Buidar el contingut de la bossa a través de la clau de sortida o tallant la bossa amb estisors al vàter
- Llençar la bossa al contenidor adequat
- Retirar els guants i llençar-los al contenidor adequat
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol

RECOMANACIONS

- Evitar les desconnexions innecessàries de les bosses
- El canvi de bossa es realitzarà cada 7 dies en circuit tancat o de manera immediata en cas de desconexió accidental, brutícia evident o que la bossa es trenqui
- Registrar la programació dels canvis de bossa
- Evitar punts de pressió de la tubuladura damunt la pell a l'hora de deixar connectada la bossa de diüresi
- Registrar les incidències





6.2.4. Retirada sondatge vesical

DEFINICIÓ

Retirada d'un catèter o sonda de la cavitat vesical.

OBJECTIU

- Restaurar la micció espontània.

MATERIAL

- Guants d'un sol ús
- Xeringa de 10 cc
- Bossa de residus
- Esponja
- Recipient
- Talla

PREPARACIÓ DEL PERSONAL

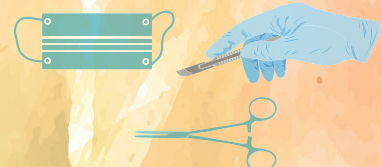
- Coneixement del protocol
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol
- Utilitzar guants d'un sol ús

PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Identificació del pacient
- Informar el pacient de la tècnica que anem a practicar i de com pot col·laborar
- Acomodar el pacient per procedir a la retirada del sondatge
- Es prendran les mesures adequades per respectar la intimitat del pacient

PROCEDIMENT

- Col·locar el pacient en la posició adequada (homes en decúbit supí, dones en posició ginecològica).
- Netejar la zona genital
- Desinflar globus de la sonda amb la xeringa de 10 ml
- Indicar el pacient que inspiri profundament i retirar la sonda
- Deixar el pacient en posició còmoda
- Recollir el material utilitzat
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol
- Anotar el procediment als registres d'infermeria



RECOMANACIONS

Si després de 6-8 hores el pacient no ha realitzat micció espontània, comprovar si hi ha presència de globus vesical i comunicar-ho al metge responsable.

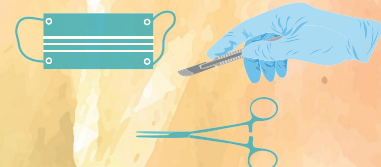


BIBLIOGRAFIA

1. DÍAZ VALENZUELA A, ORTIZ MORALES MA, GRANADINO CRUZ R. *Instauración, mantenimiento y retirada del Sondaje Vesical*. Rev Metas. 2002;(42).
2. CORONEL MUÑOZ M, PÉREZ MAESTRE BL. *Cuidados al paciente con sonda vesical*. Rev Paraninfo Digit. 2010;10:p123.
3. Hospital Universitario Virgen del Rocío. *Manual de procedimientos generales de enfermería*. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud; 2012. 302 p.
4. Hospital Universitario Reina Sofía. *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*. Córdoba: Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía; 2010. 414 p.
5. Hospital Regional Universitario de Málaga Carlos Haya. *Protocolo sondaje vesical*. Málaga: Unidad de Calidad de Enfermería. Dirección de Enfermería; 2009. 23 p.
6. Organización Mundial de la Salud. *Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
7. ROMERO GONZÁLEZ JC. *Influencia tiempo de permanencia del sondaje vesical para el desarrollo de infecciones del tracto urinario*. Hygia de enfermería. 2010;74:44-8.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



6.3. PROTOCOL DE REALITZACIÓ DE BALANÇ HÍDRIC

DEFINICIÓ

Quantificació de la diferència establerta entre el total del volum administrat i el total eliminat. Generalment es realitza en un període de 24 h, però pot fraccionar-se segons necessitats de la situació de salut del pacient.

Balanç hídric: Entrades - Sortides

OBJECTIUS

Comparar i calcular la diferència entre el volum administrat i eliminat, en un període de temps determinat, com una dada complementària més en la valoració hemodinàmica del pacient.

MATERIAL

- Programa informàtic i/o full de gràfica per fer els registres.
- Bàscula.
- Termòmetre.
- Recipients graduats.
- Calculadora.

PREPARACIÓ

- Disposar del pes del pacient.
- Explicar al pacient i la família les raons de la realització del BH, ja que són un element essencial per comptabilitzar les entrades i les sortides.
- Tenir en compte que el bloc de les entrades està constituït per:
 - Aigua endògena (a raó de 7-11 ml/kg/24h)
 - Via oral (diets culinàries, preparats comercials, aportacions de líquid com aigua, suc i altres begudes).
 - Via enteral (sondes nasogàstriques o intestinal com ostomies d'alimentació).
 - Via parenteral contínua o intermitent. Aspectes a tenir en compte:
 - Inclou productes col·loides com hemoderivats.
 - Inclou tot tipus de productes cristal·loides com també NP.
 - Les administracions EV directes o en bolus, via intradèrmica, subcutània o intramuscular inferiors a 10 cc NO es comptabilitzen.

I el **bloc de les sortides** està constituït per:

- Pèrdues insensibles equivalents a les pèrdues cutànies i respiratòries en situació de normalitat.

La fórmula per comptabilitzar-les es:



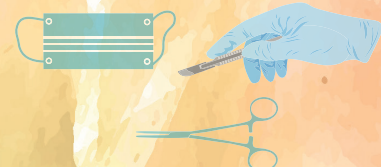
Pes pacient*n. hores de BH*0,5ml o Pes pacient*n. hores de BH/2

Situacions especials:

- Quan no es pot aplicar la fórmula s'utilitza un aproximat entre 700-1000 ml
- Pacient intubat: 500 ml per c/24h intubació.
- Pacient taquipnea (superior FR:20): més 4 ml/h
- Suor:
 - Moderada: sumar 20 ml per hora
 - Intensa: sumar 40 ml per hora
- Febre:
 - 38-39°: sumar 20 ml per hora
 - Més 39°-40°: sumar 40 ml per hora
 - Més 40°: sumar 60 ml per hora
- Sistema urinari, mitjançant la diüresis espontània o per sonda/catèter.
 - Situació especial. Diàlisi en les seves diferents varietats (diàlisi peritoneal, hemodiàlisi, hemofiltració).
- Sistema digestiu:
 - Aspirat gàstric o intestinal per SNG o altre dispositiu.
 - Vòmit.
 - Femta natural o per ostomia d'eliminació.
- Drenatges quirúrgics.
- Sagnat o secrecions per ferides. Cal pesar apòsit brut i fer la diferència en relació amb l'apòsit net.

PROCEDIMENT

- Sumar tots els factors a tenir en compte (tant les entrades com les sortides). Les entrades s'indicaran amb el signe positiu (+) i les sortides s'indicaran amb el signe negatiu (-).
- Es farà la diferència entre els dos blocs indicant el valor resultant. Es considerarà que el balanç és:
 - Positiu: quan les entrades són superiors a les sortides.
 - Negatiu: quan les sortides són superiors a les entrades.
 - Neutre: quan les entrades són iguals a les sortides.
- La interpretació de normalitat d'un BH depèn de la situació de salut del pacient i del tractament instaurat. Informa de situacions de salut que comporten risc o situacions reals d'excés o dèficit de volum de líquids.



RECOMANACIONS



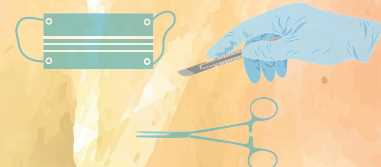
Existeixen diferents procediments per realitzar-lo, per tant és molt important unificar criteris per a la seva realització com:

- Utilitzar un registre específic per realitzar el BH.
- Identificar els pacients que necessiten BH, així tot el personal és coneixedor de la necessitat de realitzar aquest procediment (etiqueta peu del llit, altra).
- Per mesurar les pèrdues seleccionarem l'instrument adequat per cada tipus de fluid, unificant criteris en la valoració i registre.
- En relació amb les entrades cal també unificar criteris de valoració i registre. S'ha d'annotar TOT producte ingerit o administrat, la quantitat, l'hora i la via administració.
- Proporcionar als pacients recipients graduats amb alguna escala visual. Per exemple a la botella d'aigua que utilitzen per beure.
- Comprovarem que els recipients no contenen restes de mesures anteriors que falsejaran les dades tant quantitatives com qualitatives.
- Es comptabilitzarà en mil·lilitres. Cal unificar les unitats de mesura. No utilitzar valors que no siguin numèrics.
- No és un paràmetre absolut, és una estimació. Per aquesta raó pot complementar-se amb altres indicadors com són: pes del pacient, constants vitals (T.A, T^a, FC), diüresis, estat de la pell i mucoses o la PVC.
- S'ha de realitzar sempre a la mateixa hora per estar segurs que el BH és comparable.
- Cal valorar el BH diari i la seva evolució en el temps.
- En BH està indicat a pacients (Grau evidència IV):
 - Pacient estat crític amb malaltia aguda.
 - Malalties cròniques amb clínica de retenció de líquids.
 - Drenatges massius per ileostomies, aspiració gastrointestinal o fístules.
 - Trastorns de l'alimentació.
 - Augment de requeriment de líquids: diarrea, síndrome febril...
 - Persones discapacitades que no poden ingerir líquids.
 - Problemes de continència, ja que poden restringir els líquids, pensant que això alleujarà el problema.



BIBLIOGRAFIA

1. Balance del Equilibrio de Líquidos. [Internet]. *Manual de protocolos y procedimientos de enfermería Hospital Universitario Reina Sofía*, 2010. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c3_balance_equili_liquidos.pdf
2. CARMONA SIMARRO J, GALLEGO LÓPEZ J, CERVERA ALBEROLA M, ÁLVAREZ ROYO F, BARBERÁ SORIANO C, PIRIS CATALÁ M. *El balance hídrico en la unidad de críticos*. *Enferm Integr*. 2003;64:XXVI - XXXI.
3. CUCURULL LLOBET M, PALAU BARBERÁ R, QUINTANILLA SANZ A, MORAL LORENZO L. *¿Cómo hacer un balance hídrico?*. *Enfuro*. 2014;127:11-4.
3. DAVIES H, LESLIE G, MORGAN D. *Effectiveness of daily fluid balance charting in comparison to the measurement of body weight when used in guiding fluid therapy for critically ill adult patients: a systematic review protocol*. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2015;13(3): 111-123.
4. GONZÁLEZ J. *Balance hídrico y contextualización en el plan de cuidados enfermero*. *CiberRevista IV Época* [Internet]. 2015[citado 18 Oct 2017]; 40:0-0. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2015/editorial.html>
5. JEYAPALA S, GERTH A, PATEL A, SYED N. *Improving fluid balance monitoring on the wards*. *BMJ Quality Improvement Reports*. 2015;4(1):1-3.
6. OLIVEIRA S, GUEDES M, LIMA F. *Registros de enfermagem no controle do balanço hídrico* [Registros de enfermería en el control del balance hídrico]. *Rev Enferm UFPE Line*. 2010;4(1):68-74.
7. SHEPHERD A. *Measuring and managing fluid balance*. *Nursing Times*. 2011; 107: 28, 12-16.



6.3.1. Medir i pesar el pacient

OBJECTIUS

Obtenir la talla i el pes del pacient.

MATERIAL

- Tallímetre
- Cinta mètrica
- Bàscula
- Grua amb bàscula, si cal

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).

Preparació del personal

- Higiene de mans segons protocol.

PROCEDIMENT

MEDIR

- Si el pacient col·labora, descalçar el pacient, d'esquena al tallímetre i amb els braços relaxats, mantenint el cap en pla horitzontal.
- Si el pacient presenta dificultats per obtenir la medicció per situacions especials, es pot calcular a partir de la mesura entre el genoll i el taló (AR) mitjançant una cinta mètrica o peu de rei. Sempre que sigui possible, es mesurarà la distància a la cama esquerra, amb el pacient assegut, sense sabates i amb el genoll en flexió. Aquest sistema també s'utilitza per mesurar els pacients enllitats, en posició supina, flexionar la cama esquerra i mesurar la distància AR. Per convertir la mesura obtinguda en cm a altura, en metres, es pot aplicar la fórmula de Chumlea, fórmula que s'utilitza en pacients que tenen entre 60 i 80 anys.
- Talla (homes) = $64,19 - (0,04 \times \text{edat [en anys]}) + (2,02 \times \text{AR})$.
- Talla (dones) = $84,88 - (0,02 \times \text{edat [en anys]}) + (1,83 \times \text{AR})$.
- En cas que la bipedestació/sedestació no sigui possible, també es pot fer mitjançant la mesura de l'avantbraç. Amb una cinta mètrica flexible i no elàstica es mesura la distància entre el colze i el punt mig més prominent del canell sempre arrodoniment en mig centímetre. Per convertir la mesura obtinguda en cm a altura, en metres, existeixen unes taules (vegeu taula 1).
- Anotar la talla (en metres) al sistema de registres d'infermeria.



Taula 1: Taula d'equivalències pel càlcul de la talla mitjançant la mesura de l'avantbraç. Font: Clavé P. García P. 2013.

Altura (m)	Homes (<65 anys)	1,94	1,93	1,91	1,89	1,87	1,85	1,84	1,82	1,82	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71
	Homes (>65 anys)	1,87	1,86	1,84	1,82	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,67
	Mesura cúbica (cm)	32,0	31,5	31,0	30,5	30,0	29,5	29,0	28,5	28,0	27,5	27,0	26,5	26,0	25,5
Altura (m)	Dones (<65 anys)	1,84	1,83	1,81	1,80	1,79	1,77	1,76	1,75	1,73	1,72	1,70	1,69	1,68	1,66
	Dones (>65 anys)	1,84	1,83	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,66	1,65	1,63
Altura (m)	Homes (<65 anys)	1,69	1,67	1,66	1,64	1,62	1,60	1,58	1,57	1,55	1,53	1,51	1,49	1,48	1,46
	Homes (>65 anys)	1,65	1,63	1,62	1,60	1,59	1,57	1,56	1,54	1,52	1,51	1,49	1,48	1,46	1,45
	Mesura cúbica (cm)	25,0	24,5	24,0	23,5	23,0	22,5	22,0	21,5	21,0	20,5	20,0	19,5	19,0	18,5
Altura (m)	Dones (<65 anys)	1,65	1,63	1,62	1,61	1,59	1,58	1,56	1,55	1,54	1,52	1,51	1,50	1,48	1,47
	Dones (>65 anys)	1,61	1,60	1,58	1,56	1,55	1,53	1,52	1,50	1,48	1,47	1,45	1,44	1,42	1,40

PESAR

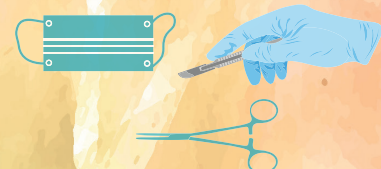
- Si el pacient col·labora, descalçar el pacient fins a la bàscula i pesar-lo.
- Si el pacient presenta dificultats per mantenir la bipedestació o estigui en repòs absolut segons pauta mèdica, es pot fer mitjançant la utilització de grues que incorporen el sistema de bàscula.
- Anotar el pes (en quilograms) al sistema de registres d'infermeria.

BIBLIOGRAFIA

1. CHUMLEA WC, GUO S. *Equations for predicting stature in white and black elderly individuals*. J Gerontol. novembre 1992;47(6):M197-203.
2. ESPINOSA BORRÁS A, MARTÍNEZ GONZÁLEZ C, BARRETO PENÍE J, SANTANA PORBÉN S. *Esquema para la evaluación antropométrica del paciente hospitalizado*. Rev Cuba Aliment Nutr. 2007;17(1):72-89.
3. CLAVÉ P, GARCÍA P. *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. Barcelona: Glosa; 2013.
4. HERNÁNDEZ R, HERRERA H. *Longitud de la pierna medida con cinta métrica: Una alternativa para estimar la estatura*. Antropo. 2010;(21):1-8.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



6.4. PROTOCOL DE LA VIA SUBCUTÀNIA

DEFINICIÓ

La via subcutània (teixit subcutani o hipodèrmic) s'utilitza per a l'administració de fàrmacs o serum-teràpia (anomenat també hipodermòclisi per alguns autors).

- Disposa de molts pocs receptors del dolor i presenta una biodisponibilitat del 90 %.
- El flux sanguini i la solubilitat del medicament determina la velocitat d'absorció (es pot accelerar amb l'ús d'hialuronidasa, massatge o calor a la zona o reduir la velocitat d'absorció mitjançant aplicació de fred local o ús de vasoconstrictors locals).
- Via molt irrigada (afavorint l'absorció) i elevada capacitat de distensió.
- No presenta barreres d'absorció i no necessita metabolització hepàtica.
- Es considera comparable a l'absorció de fluids per via Intravenosa.
- Alternativa a la via oral o a la via intravenosa en pacients geriàtrics i pal·liatius.
- Per al seu ús necessita un teixit subcutani que presenti una espessor >1-2'5 mm.

OBJECTIUS

- Control de símptomes: deshidratació, dolor, agitació, nàusees i vòmits, excés de secrecions, desorientació, diarrea, etc.

- El control de símptomes en cronicitat sempre haurà d'ésser valorat per un equip multidisciplinari especialitzat i des d'un punt de vista integral del pacient.

- Evitar puncions de repetició.
- Proporcionar més autonomia i confort al pacient i família.

MATERIAL

- Palometa 25G o 23G.
- Catèter Abocath© 22G, 24G.
- Palometa Neria soft90©. (fig. 1 i 2).
- Tires adhesives per fixar la palometa (opcional).
- Apòsit de polietilè transparent (tipus Opsite©).
- Xeringa estèril de 10 ml (per rescats i purgar palometa).
- Guants d'un sol ús.
- Antisèptic segons protocol.
- Sèrum fisiològic 0.9%.
- Sèrum glucosali (només valorat per hipodermòclisi).
- Equip d'infusió i xeringa Lower-lock (per infusió continua).

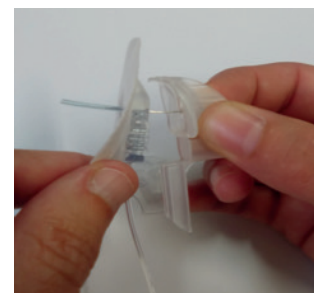
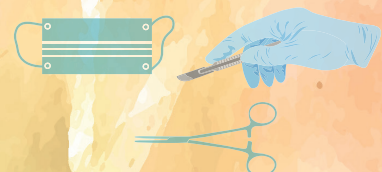


Figura 1.



Figura 2.



ZONA DE PUNCIÓ

- El teixit S.C. ha de presentar una espessor mínim d'1 a 2'5 cm.
- Realitzar la inserció en una zona proximal per major difusió.
- La regió toràcica o paret abdominal lateral les més freqüents.
- La paret abdominal presenta una gran superfície d'absorció essent la zona d'elecció per la hidratació (hipodermòclisi).
- Els membres superiors són la segona zona d'elecció (zona deltoïdes).
- Els membres inferiors s'utilitzen en última opció per considerar-se més dolorosos.
- La zona supraescapular o interescapular s'utilitza en pacients amb risc d'autoextracció del mecanisme de punció per situació de desorientació o agitació.

CONTRAINDICACIONS

- Evitar puncions sobre zones irradiades, pèrdua d'integritat cutània, signes d'infecció, inflamació, ferides o nafres, edemes importants, zones properes a una articulació o prominències òssies i en cas de dissecció de ganglis o incisió quirúrgica a la zona.
- En cas d'hipodermòclisi: valorar fallida circulatòria, sobrecàrrega hídrica, deshidratació severa, desequilibri hidroelectrolític sever, coagulopatia, *shock* o condicions que requereixin administració ràpida de fluids en volums > 3L/24h.
- Contraindicacions relatives: mala adaptació o intolerància psicològica del pacient, claudicació de la família o falta de suport social en el cas de domicili.

Retirar perfusió i valorar canvi zona punció, si apareix algun dels signes següents:

- Obstrucció.
- Signes d'infecció.
- Edemes localitzats a la zona de punció.
- Alteracions de la pell (vigilar discràsies sanguínies).
- Intolerància psicològica al mètode.

PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el protocol.
- Col·locar-se els guants.

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Informar al pacient i la família del procediment a seguir.
- Prevenir risc de caiguda.
- Respectar les normes comunes d'administració de qualsevol medicament.
- Assegurar la correcta connexió al sistema.



- No infondre sobre zones contraindicades.
- No excedir volum màxim tolerat (taula 1).
- Mantenir un ritme d'infusió lent per no saturar teixit.

PROCEDIMENT

1. Preparació del material.
2. Carregar la xeringa i purgar la palometa o abbocath segons indicacions del dispositiu. Fig. 3.
3. Col·locació del pacient en la posició més adequada per a la inserció.
4. Localitzar la zona de punció més adient.
5. Valorar necessitat de rasurar zona de punció en cas d'haver-hi molt pèl.
6. Desinfectar la zona de punció segons protocol. Fig. 4.
7. Agafar el plec de pell pressionant fermament (això estimula els nociceptors i disminueix el dolor de la punció). Fig. 5.
8. Col·locació de la palometa al teixit subcutani amb el bisell cara amunt i amb un angle de 45°. Les noves palometes (Neria soft90©) inclouen un dispositiu d'autosubjecció que ja indica la posició en què s'ha d'introduir l'agulla. Fig. 6.
9. Un cop col·locada girar el bisell que quedi mirant cap a baix. Fig. 6.
10. Comprovar que no reflueix sang. En cas contrari, utilitzar un altre dispositiu i canviar la zona de punció.
11. Fixació de la palometa (amb tires adhesives opcional).
12. Aplicació de l'apòsit transparent per fixar, permeten veure la coloració de la pell. Figs. 7 i 8.



Figura 3.

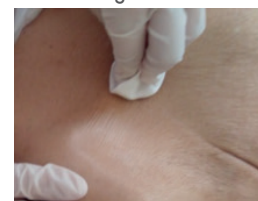


Figura 4.

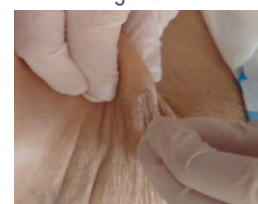


Figura 5.

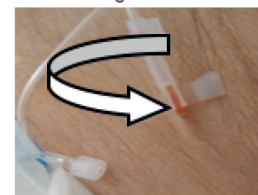


Figura 6.

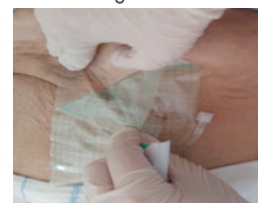


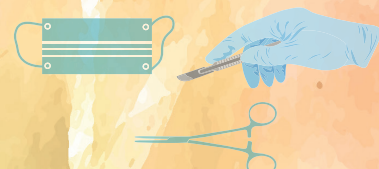
Figura 7.



Figura 8.

Taula 1: Tolerància de volums i velocitats segons tipus infusió.

HIPODERMÒCLISI (INFUSIÓ CONTÍNUA PER SÈRUMS)	INFUSIÓ CONTÍNUA PER MEDICAMENTS	INFUSIÓ INTERMITENT O TIPUS BOLUS
<ul style="list-style-type: none"> · 500-1500 ml/punt d'inserció. · 3 L/dia dos punts 	<ul style="list-style-type: none"> · 2-5 ml/min (120-300 ML/h) 	<ul style="list-style-type: none"> · 2-3 ml · Hidratació: 500 ML/h (2-3 cops/dia)
<ul style="list-style-type: none"> · 1ml/min (60 ml/h) 	<ul style="list-style-type: none"> · Màx: 7 ml/min (420 ML/h) 	<ul style="list-style-type: none"> · Sí fàrmac rentat per optimitzar dosis SF 0,9 % 0'2-0'5 ml segons dispositiu.



6.4.1. Formes d'administració: perfusió subcutània contínua o en bolus

DEFINICIÓ

- Els fàrmacs poden administrar-se en bolus o en infusió contínua subcutània (ICSC). Vegeu **Taula 2**.
- Administració de fàrmacs per via subcutània utilitzant dispositius portàtils mecànics, elastomèrics o mecànics d'un sol ús o infusor.
- La velocitat d'infusió ve determinada pel diàmetre del capil·lar que variarà segons els diferents sets d'administració.
- La medicació es pot administrar de forma contínua o en bolus a través d'una palometa subcutània.

En bolus:

- S'administra de forma pautaada o com a rescat.
- L'efecte és discontinu i és apte per a petits volums (màxim 2-3ml per dosi).

En infusió contínua:

- Mitjançant l'ús de bombes d'infusió elastomèriques.

Hi ha diferents tipus de bombes d'infusió contínua:

- Elastomèriques (són rebutjables, econòmics i permeten l'autonomia i la mobilitat). Fig. 10.
- Mecàniques (amb mecanismes de ressort o de xeringa).
- Electròniques (amb mecanisme peristàtic i de cost més elevat).



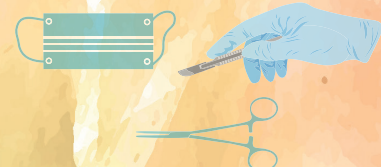
Figura 9. (Bomba infusió i xeringues rescat en bolus).



Figura 10.

Taula 2: Diferències entre Infusió contínua i en bolus.

INFUSIÓ CONTINUA	INFUSIÓ INTERMITENT
· Concentració del fàrmac en plasma uniforme i continu.	· Efecte discontinu dels fàrmacs.
· Millor per a tractaments perllongats.	· Només permet petits volums.
· Volums grans.	· Millor efecte en dolor agut.
· Pitjor efecte en dolor agut.	· Major manipulació.
· Menor manipulació.	· Permet barrejar diferents fàrmacs compatibles.
· Possibilitat de barrejar diferents fàrmacs compatibles.	· Menor cost.
· Cost elevat.	



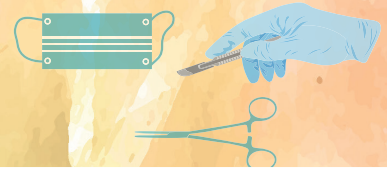
RECOMANACIONS



- Alternar les zones de punció: pectorals, braços (deltoides, bíceps...), cuixes (quadríceps...) i abdomen.
- Identificar l'infusor amb el nom del pacient, medicació prescrita per dia o període, data d'inici i fi.
- Identificar les xeringues de rescat o bolus amb el fàrmac, motiu d'ús i dosis.
- Mantenir amb envàs opac o fora de la llum del sol en cas d'ús de medicaments fotosensibles (clorur mòrfic i Haloperidol).
- No recarregar el mateix infusor un cop utilitzat amb el seu volum total (s'altera el ritme d'infusió).
- Recarregar o retirar la perfusió transcorreguts els dies prescrits o si apareix algun dels signes següents:
 - Obstrucció.
 - Signes d'infecció.
 - Edemes localitzats a la zona de punció.
 - Alteracions de la pell (vigilar discràsies sanguínies).
 - Intolerància psicològica al mètode.

COMPATIBILITAT DELS FÀRMACS VIA SUBCUTÀNIA

1. Fàrmacs més utilitzats: Morfina, Hioscina, Haloperidol, Midazolam, Metadona i Tramadol.
2. Altres fàrmacs: Metoclopramida, Buprenorfina, Ketorolaco*, Dexametasona*, Fenobarbital, Ondasentron, Furosemida, Sulpiride, Levomepromazina, Diclonenaco, Ketamina, Atropina.
(* El Ketorolaco i la Dexametasona no poden barrejar-se amb altres fàrmacs en la mateixa palometa o Abbocath©, per aquesta raó és fa necessària la col·locació d'un altre dispositiu.
3. No es permet el seu ús: Diazepam, Clorpromazina, Metamizol pel seu alt efecte irritant local.
4. Els antibiòtics no s'han d'administrar per la via subcutània a excepció d'Ampicilina, Cefepime, Ceftriaxona, Ertapenem, Teicoplanina i Tobramicina.
Altres antibiòtics poden causar necrosi tissular.
5. El Diclofenaco produeix necrosi tisular.

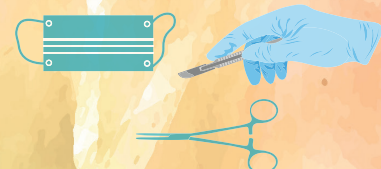


BIBLIOGRAFIA

1. GALLARDO AVILÉS R, GAMBOA ANTIÑOLO F. *Uso de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos*. Vol. 4, Secpal. 2013. p.1-60.
2. MATOSES CHIRIVELLA MC, RODRÍGUEZ LUCENA FJ, SANZ TAMARGO G, MURCIA LÓPEZ AC, MORANTE HERNÁNDEZ M, NAVARRO RUIZ A. *Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados*. Soc Española Farm Hosp. 2015;39(2):71-9.
3. REBECCA A. CRANE, RN, BSN M. *intermittent subcutaneous infusion of opioids in hospice home care: An effective, economical, manageable option*. Am J Hosp Palliat Med. 2016;11(1):8-12.
4. PORTA SALES J, GÓMEZ BATISTE X, TUCA RODRÍGUEZ A. *Manual Control de Síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Vol. 3a Edición, Institut Català d'Oncologia. 2013. p.1-394.
5. Fotos cedides pel Servei PADES Segria Nord, Servei sociosanitari de l'Hospital de Santa Maria GSS Lleida.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)



6.5. PROTOCOL CATETERISME VASCULAR

6.5.1. Cateterisme vascular perifèric

DEFINICIÓ

Inserció d'un catèter venós de curta longitud en una vena perifèrica a fi d'administrar solucions i o medicaments.

OBJECTIUS

- Canalització d'una vena perifèrica per a l'administració de líquids o medicaments.
- Reduir el risc de complicacions: flebitis, sèpsia...

FACTORS A TENIR EN COMPTE

- Valorar possibles al·lèrgies als materials d'asèpsia i fixació del catèter.
- Tenir en compte si el pacient porta tractament anticoagulant.
- La canalització està contraindicada en els membres en els pacients afectes de les següents patologies:
 - AVC
 - Extirpació ganglis limfàtics
 - Axil·lars (mastectomies)
- Fístules arteriovenoses (hemodiàlisi).
- Qualsevol altra alteració circulatoria (ferides, hematomes, flebitis, altres puncions recents).
- Preguntar al pacient si és destre o esquerrà per facilitar la seva autonomia.
- Selecció del catèter en funció de la mida de la vena, objectiu terapèutic, temps previst de durada del tractament i les característiques de la solució a administrar.

MATERIAL

- Xopador
- Antisèptic (clorhexidina 2% o bé povidona iodada)
- Tisores
- Catèter (recomanable catèter de seguretat)
- Cinta compressora
- Equip de perfusió
- Clau de tres vies i taps administració medicació
- Solució a perfondre
- Material de cura i fixació
- Guants
- Pal sèrum amb rodes
- Gases estèrils



- Xeringa 10 cc i sèrum fisiològic 0.9 %
- Contenedor material punxant

PREPARACIÓ

Preparació del personal

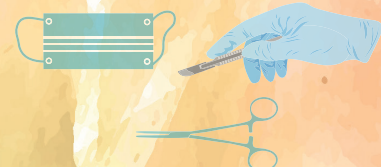
- Mesures generals d'asèpsia

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Informar al pacient i/o família de la tècnica que es va realitzar i la seva finalitat.
- Avaluar l'oportunitat que la família es quedi o no a l'interior de l'habitació.
- Ajudar que el pacient es posi en posició adequada i còmoda.
- Prevenir risc de caiguda.
- Col·locar el xopador sota el braç.
- Rentar i si cal tallar amb tisora el pèl de la zona d'inserció.
- Aplicar antisèptic a la zona.

PROCEDIMENT

1. Seleccionar el punt de punció venosa. Preferentment escollirem la part distal dels membres superiors i elegirem el braç no dominant si es pot. Realitzar massatge sobre la zona a punxar per afavorir reompliment venós. La col·locació de l'extremitat en decliu també pot afavorir la tècnica.
2. Adaptar l'equip de perfusió i la clau de tres vies a la solució a perfondre i purgar-lo. Identificar la solució a perfondre, nom del pacient i núm. de l'habitació, horari i ritme de degoteig.
3. Aplicar antisèptic al punt de punció.
4. Procediment d'inserció:
 - Col·locar vena compressora.
 - Col·locar-se els guants.
 - Agafar el catèter amb la mà dominant i retirar el protector.
 - Fixar zona de punció fent tracció de la pell cap a baix.
 - Introduir el catèter en angle de 15-30° segons profunditat de la vena i corregir angle un cop hem punxat per evitar perforar la vena.
 - Amb l'aparició de sang ens assegurem que el catèter està en vena i comprovar permeabilitat.
 - Retirar vena compressora.
 - Connexió de l'equip i comprovació de permeabilitat i flux.
5. Fixar el catèter amb el material adhesiu escollit.
6. Cobrir amb un apòsit estèril en la zona de punció procurant que no quedi excessivament coberta. Qualsevol fixació externa ha de fer-se de forma que no comprimeixi ni tapi mai les connexions.



7. Anotar data i hora a l'equip i a l'apòsit si aquest té l'espai per fer-ho.
8. Retirar guants i higiene de mans.

RECOMANACIONS

- Anotar en gràfica el tipus de catèter, l'extremitat utilitzada, fent constar la identificació de la infermera responsable.
- Anotar les valoracions que s'hagin fet sobre la zona de punció. Vigilar i anotar qualsevol anomalia. Buscar signes de flebitis, sèpsia, extravasació, contaminació...
- Revisió d'apòsit (s'aconsella apòsit transparent per facilitar visualització punt inserció). Mantenir-lo net.
- Controlar la permeabilitat.
- Canviar el catèter en cas d'obstrucció, extravasació o aparició de signes que indiquin un mal funcionament.
- No utilitzar agulles com a presa d'aire.
- Evitar repetir intents de punció en una mateixa zona per formació d'hematomes.
- Tècnica asèptica en retirar el catèter, aplicar pressió a la zona amb una gasa estèril.

6.5.2. Cures, manteniment i retirada del cateterisme vascular central

DEFINICIÓ

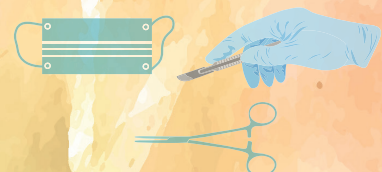
Un cateterisme venós es defineix com la inserció d'un catèter biocompatible a l'espai intravascular central o perifèric per administrar solucions, fàrmacs, nutrició parenteral, obtenció de mostres i realitzar proves diagnòstiques entre altres usos.

OBJECTIUS

- Realitzar la cures necessàries per mantenir la col·locació correcta i la permeabilitat del catèter venós central.
- Prevenir i minimitzar les infeccions relacionades amb l'ús de catèters.

MATERIAL

- Tipus de catèter: habitualment s'utilitzen els catèters de Hickman, poden ser de silicona, polietilè o polipropilè i radiopacs.
- En els catèters cal conèixer les tres parts principals.
 1. Part externa del catèter o maneguet de Dacron que fixa el sistema al teixit subcutani i actua com a barrera antibacteriana.
 2. El clamps i beines de protecció.



3. Connexions Luer, en podem trobar des d'una a vâries, tenen el mateix acabament vascular però es distingeixen per colors: vermell és la connexió de gran calibre i s'utilitza per realitzar extraccions de sang i per infusió d'hemoderivats. Blanca o blaves són connexions d'inferior calibre i s'utilitzen per administració de medicació i per a l'administració de l'alimentació parenteral en exclusiva.

- Talla estèril
- Gases estèrils
- Solució desinfectant (clorhexidina o povidona iodada)
- Guants estèrils
- Equip infusió
- Claus de tres vies
- Apòsit semipermeable tipus Op-site® o similar

PREPARACIÓ DEL PERSONAL

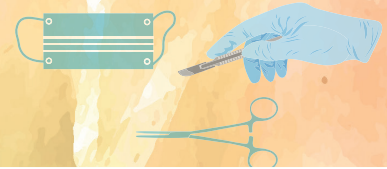
Rentat de mans amb sabó antisèptic.

PREPARACIÓ PACIENT

- Informar al pacient sobre el procediment.
- Demanar al pacient que ens indiqui si nota alguna molèstia o si observa qualsevol alteració en el punt de la cura que ens avisi.
- Col·locar el pacient en la posició més correcta en funció de la localització de la via central, habitualment decúbit supí / lleuger trendelemburg.
- És necessari que el pacient es mogui amb precaució per evitar desconexions o mobilització del punt d'inserció del catèter.
- La zona on porta col·locat el catèter venós central el pacient, no es pot mullar encara que es pot dutxar si aquest està ben protegit.

PROCEDIMENT

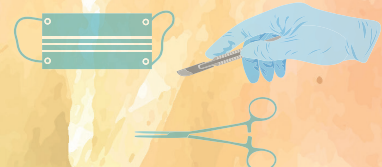
- Rentat de mans amb sabó antisèptic.
- Ús de guants estèrils.
- Netejar la zona amb sèrum fisiològic i aplicar solució antisèptica.
- Si en el moment de la cura observem exsudat al voltant del catèter o el pacient presenta diaforesis per altres causes, aplicar cura amb gases estèrils, sinó farem ús d'un apòsit transparent i semipermeable tipo Op-site®.
- En cas de curar amb gases estèrils es realitzarà cada 48 h i en cas de curar la zona amb apòsit semipermeable, s'aconsella revisió diària i cura amb substitució d'aquest cada set dies.
- Revisar si hi ha punts de sutura i fixació del catèter per comprovar la correcta col·locació i el moviment d'entrada i sortida del catèter.



- Si durant la cura es detecta sortida del punt d'inserció del catèter no recol·locar i avisar al metge de referència.
- Si el catèter té varies llums/accessos d'entrada, comprovar etiqueta color identificatiu per administració de líquids intravenosos (color blau).
- Netejar totes les connexions que arriben al catèter amb solució de clorhexidina alcohòlica al 2 %, povidona iodada o alcohol 70 % deixant actuar el temps necessari en cada cas.
- Evitar al màxim les desconexions de circuit innecessàries per mantenir la màxima esterilitat del circuit.
- Si s'està utilitzant el catèter per a l'administració de nutrició parenteral, identificar quina és la llum/accés per aquest ús.
- Netejar amb sèrum fisiològic al 0.9 % les llums/connexions cada cop que s'utilitzen per administració de medicació o se'n suspengui l'ús. Si el catèter no reflueix sang per possible obstrucció avisar el metge de referència abans d'administrar qualsevol fluid.
- Treure's els guants.
- Deixar el pacient en la posició més còmoda.
- Evitar el risc de caiguda, utilitzant les mesures preventives (llit baix).
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

RETIRADA DEL CATÈTER

- Informar al pacient del procediment que anem a realitzar.
- Col·locar al pacient en decúbit supí de tal forma que la zona d'inserció es quedi per sota del nivell del cor (posició Trendelenburg) per disminuir el risc d'una embòlia gasosa.
- S'aconsella demanar al pacient que realitzi la maniobra de Valsalva quan es retiri el catèter.
- Tancar els equips d'infusió.
- Rentat de mans amb sabó antisèptic.
- Col·locació de guants estèrils.
- Retirada del punt de sutura si no es tracta de punts reabsorbibles, que subjecta la part externa del catèter al punt d'inserció.
- Retirar suaument el catèter evitant els moviments bruscos.
- Estar alerta a la possible aparició d'arrítmies.
- Aplicar pressió damunt del punt d'entrada del catèter fins que deixi de sangar (aprox. 5 min).
- Un cop retirat el catèter, revisar que estigui en bones condicions d'integritat.
- Tot seguit retirar el camp de cures muntat per extraure el catèter i iniciar cura de la zona amb la preparació d'un nou camp estèril.
- Canvi de nous guants estèrils per realitzar la cura.
- Neteja de la zona amb solució antisèptica.
- Protegir la zona amb un apòsit semioclusiu o unes gases estèrils.
- Es recomana observació de la ferida els propers dies.
- Registrar dia de retirada del catèter.



- Registrar si fos necessari, l'enviament de la punta del catèter a microbiologia.
- Treure's els guants.
- Deixar el pacient en la posició més còmoda.
- Evitar el risc de caiguda, utilitzant les mesures preventives (llit baix).
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

RECOMANACIONS



- Valorar la necessitat de tenir col·locada una via central i retirar-la quan sigui necessari per ordre mèdica.
- Revisar cada dia el punt d'entrada de la via central mitjançant la palpació i revisió de l'apòsit sense retirar l'apòsit. En cas de dolor o febre, retirada de l'apòsit i valoració.
- En cas de via central connectada a bomba de perfusió, procurar degoteig constant i evitar sistemes tipus "dial-a-flow".
- No aplicar mai pomades antibiòtiques al punt d'inserció del catèter per evitar resistències antimicrobianes i infeccions fúngiques. (Les pomades s'apliquen excepcionalment en els catèters utilitzats per diàlisi).
- Manipular totes les connexions amb mesures estèrils. S'aconsella el canvi de tots els sistemes d'infusió connectats a una via central, almenys cada 72 h i evitar la convivència de parts de l'equip infusió antigues amb renovades.
- En cas de ser necessari realitzar un rentat de les connexions del catèter d'ús intermitent, realitzar-ho exercint pressió positiva i pinçant abans del reflux sanguini.
- En les cures amb apòsit semioclusiu, es canviarà sempre abans de la freqüència establerta, si aquest està mullat, deteriorat o quan sigui necessari revisar el punt d'inserció per signes com dolor, exsudat i altres molèsties.
- Limitar al màxim l'ús de les claus de tres vies, ja que constitueixen una porta d'entrada a possibles infeccions.



6.5.3. Instauració de catèters centrals d'inserció perifèrica (PICC) d'una o més llums

INSERCIÓ DEL CATÈTER

OBJECTIU

Unificar els criteris d'actuació per tal de:

- Obtenir i mantenir una via permeable segura i de llarga durada.
- Disposar d'un mitjà per a l'administració de: grans volums de líquids, fàrmacs flebotòxics per via perifèrica, solucions hipertòniques, solucions incompatibles a través de llums separades o/i simultàniament i nutrició parenteral total.
- Monitorar i mesurar constants vitals del pacient (pressió venosa central).
- Obtenir mostres sanguínies.
- Preservar el capital venós del pacient evitant puncions venoses repetides.

MATERIAL NECESSARI

- Taula mòbil pròpia per instaurar vies centrals.
- Guants d'un sol ús.
- Mascaretes quirúrgiques amb protecció ocular.
- Gorres.
- Guants estèrils.
- Protector pel llit.
- Goma de compressió.
- Set estàndard de bacterièmia zero.
- Set de catèter central radi opac d'una o varies llums, llarg (60 cm).
- Antisèptic: Clorhexidina alcohòlica al 2 %.
- Catèter perifèric Abbocath® del núm. 18.
- Apòsit estèril adhesiu de teixit sense teixir o sutura de seda d'agulla rodona de 2/0.
- Apòsit estèril transparent oclusiu semipermeable de via central.
- Anestèsic local tòpic o subcutani tipus Mepivacaina®.
- Solució salina fisiològica amb equip de sèrum i clau de tres vies i purgat, per mantenir la permeabilitat de la via fins que es comprovi radiològicament.
- Taps estèrils amb membrana permeable.
- Solució d'heparina per al rentat de les llums dels catèters: 3 ml heparina sòdica (20 ui/ml) (Fibrilin)®.
- Contenedor de residus de risc biològic (Grup III).
- Consentiment informat depenent del servei mèdic a què correspon el pacient.



PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Identificar el pacient comprovant polsera i de forma verbal.
- Informar al pacient de la tècnica que cal realitzar.
- Oferir-li un ambient de seguretat i intimitat.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Seleccionar la via venosa per la punció: segons els criteris d'accessibilitat i localització. Preferentment la vena basilica, medial o cefàlica en aquest ordre i sempre per sobre o per sota del plexe del colze.
- Col·locar el protector de llit per sota de la zona de punció.
- Col·locar el pacient en la posició adequada en decúbit supí.
- Si cal, tallar amb tisora i/o afaitadora elèctrica el pèl de la zona d'inserció.
- Mesurar la distància aproximada entre el punt d'inserció de la PICC i el tercer espai intercostal.
- Preparar la zona de punció, netejant-la prèviament amb aigua i sabó de Clorhexidina, esbandint-la i assecant-la amb una gasa estèril.
- Aplicar crema anestèsica cutània i deixar actuar si es pensa utilitzar.
- Aplicar l'antisèptic de Clorhexidina al 2 % de manera circular de dins cap a fora i deixar-lo actuar.
- Col·locar el braç perpendicularment al tronc.

PREPARACIÓ DE LA PERSONA QUE HA D'EFFECTUAR LA PUNCIÓ

- Col·locar-se la gorra i la mascareta quirúrgica.
- Efectuar rentat quirúrgic de mans amb Digluconat de Clorhexidina al 4 %®.
- Posar-se la bata i guants estèrils.

PREPARACIÓ DE LA PERSONA AJUDANT

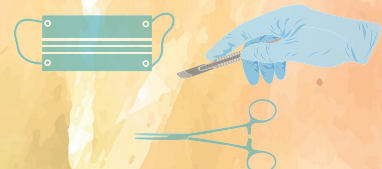
- Col·locar-se la gorra i la mascareta quirúrgica.
- Efectuar l'antisèpsia de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants.
- Facilitar tot el material necessari per a la preparació del camp estèril.

PROCEDIMENT

- Obrir el set estèril.
- Preparar la superfície estèril que cobreixi tot el pacient.
- Preparar el material necessari.
- Tornar a desinfectar la zona de punció amb l'antisèptic de manera circular de dins cap a fora, deixant-lo actuar.



- Situar el braç perpendicularment al tronc.
- Aplicar la goma de compressió al braç per la persona ajudant.
- Localitzar la vena que volem canalitzar.
- Seleccionar zona per punxar anestèsia local, sempre lluny de qualsevol vena i aprofitant l'anatomia del braç on hi ha més teixit muscular.
- Puncionar el teixit subcutani i sempre aspirant per comprovar que no s'ha puncionat un vas sanguini.
- Puncionar la vena amb l'Abbocath® n.º18 utilitzant la tècnica modificada de Seldinger:
- Treure la goma de compressió del braç, prèvia comprovació de reflux de sang.
- Retirar el fiador de l'Abbocath®
- Girar el cap del pacient en la direcció de l'extremitat a canalitzar.
- S'introdueix el fiador a través del catèter perifèric.
- Es retira el catèter perifèric, una vegada comprovada la progressió adequada del fiador a través de la vena, lliscant-lo suaument pel fiador.
- Es neteja el fiador de restes de sang amb gases i sèrum fisiològic si cal.
- Si és necessari, es fa una petita incisió amb el bisturí en el punt d'inserció, per facilitar el pas del dilatador.
- S'introdueix el dilatador lliscant-lo a través del fiador, avançant i rotant tan sols uns centímetres, fins que arribem al vas.
- Retirar el dilatador i comprimir el punt d'inserció.
- Introduir el catèter lliscant-lo a través del fiador (que no introduïrem per complet en la vena fins no tenir l'extrem d'aquest sortint per la llum de la via i a les nostres mans), vigilant arrítmies, freqüència i ritme cardíac.
- **IMPORTANT:** vigilar que l'extrem del fiador sobresurti alguns centímetres de la llum distal del catèter, no perdre mai de vista el fiador.
- Introduir el catèter fins a la mesura prèviament programada.
- Retirar el fiador i inserir en la llum una xeringa de 10 ml comprovant que reflueix la sang i connectar la clau de tres vies amb l'equip i el sèrum fisiològic per mantenir la permeabilitat del circuit, preservant l'esterilitat del camp de treball.
 - Inserir una xeringa de 10 ml en totes les llums del catèter, comprovant igualment que reflueix la sang, després rentar les vies lliures amb solució anticoagulant (Fibrilin®).
 - Netejar i asepticar acuradament la zona de punció amb sèrum fisiològic i Clorhexidina al 2 % evitant les restes de sang.
 - Fixar el catèter amb tires adhesives al braç del pacient, o bé cosir la via a la pell del braç del pacient, prèvia inserció dels clips que porta el set per garantir la seva estabilitat.
 - Col·locar l'apòsit estèril abans que les mesures de barrera siguin retirades.
 - Llençar material punxant al contenidor de residus biològic (Grup III).



- Retirar el camp estèril.
- Treure'ns els guants la bata i la mascareta.
- Deixar al pacient en la posició correcta.
- Evitar el risc de caiguda, utilitzant les mesures preventives (llit baix).
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

FASE DE CONTROL

- Fer control radiològic, la via ha de quedar posicionada en vena cava superior en el 3r. espai intercostal, prop de l'aurícula dreta, abans d'administrar el tractament pauta.
- Planificar les cures de manteniment de la via.
- Retocar la fixació amb canvi d'apòsit de la via si fos necessari.
- Control del sagnat.

ANOTACIONS EN EL REGISTRE D'INFERMERIA

- Data de col·locació del catèter. Fer-ho constar als registres d'infermeria utilitzats en la unitat.
- Tipus de catèter.
- Lloc d'inserció.
- Comprovació radiològica.
- Funcionament del catèter.
- Qualsevol manipulació o complicació.

CONSIDERACIONS ADDICIONALS

- Utilitzar sempre una tècnica estèril respectant el protocol de Bacterièmia zero.
- En pacients cardiològics portadors de MPS o DAI no punxar el braç esquerra.
- En pacients que ingressen amb diagnòstic de SCA, no punxar el braç dret.
- Sempre que es canviï un catèter es canviaran tots els equips de perfusió, allargadores i altres accessoris.
- Limitar el número de claus de tres vies a les estrictament necessàries.
- Canviar l'equip d'infusió, l'allargadora i connexions de les perfusions lipídiques com el Propofol®, Anfotericina B®, cada 24 hores, utilitzant llum de la via única per aquestes perfusions, i en cas de NPT, segons protocol establert.
- Canviar taps i claus de tres vies sempre que estiguin tacades de sang i en cada desconexió.
- Canviar equips, claus i allargadores de forma protocol·litzada cada 72 hores.
- Reservar els taps bioconnectors per administrar bolus, desinfectant-los sempre amb alcohol de 70° abans del seu ús.
- Evitar la manipulació innecessària del catèter.
- Contraindicacions:
 - Venes de calibre molt petit.



- Negació del pacient.
- Alteracions de la coagulació.
- Infecció local del punt de punció.
- Trombosi del vas elegit.
- Agitació psicomotriu.
- Extremitat portadora de fístula arteriovenosa (FAVI).
- Extremitat compromesa per mastectomia, buidament ganglionar i afectació neurològica, etc.
- Zones edematoses.

MANTENIMENT DELS CATÈTERS VENOSOS CENTRALS D'INSERCIÓ PERIFÈRICA (PICC)

OBJECTIU

Unificar els criteris d'actuació per tal de:

- Mantenir l'accés central permeable.
- Prevenir infeccions.

CUIDATGES

- Valorar visualment a cada torn el punt d'inserció del catèter, i descartar la presència d'eritema, exudat o irritacions, la integritat de la sutura, i posició del catèter.
- Utilitzar tècnica asèptica estricta abans i després de cada canvi d'apòsit i cura del punt d'inserció.
- En el moment de la higiene del malalt i altres activitats que puguin suposar un risc de contaminació, protegir l'apòsit i les connexions.
- Reduir al mínim imprescindible la manipulació de connexions.
- No aplicar pomades a la zona d'inserció.

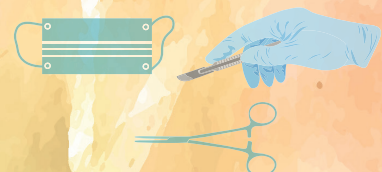
CANVI D'APÒSIT

OBJECTIU

- Prevenir infeccions del catèter.

MATERIAL

- Taula mòbil o carro de cures.
- Guants d'un sol ús.
- Mascareta i gorra.
- Guants estèrils.
- Gases estèrils.
- Talles estèrils.



- Antisèptic: Clorhexidina alcohòlica 2 %
- Apòsit transparent transpirable o gasa més teixit sense teixir adhesiu.
- Sèrum fisiològic.
- Taps estèrils.

PREPARACIÓ DEL PACIENT

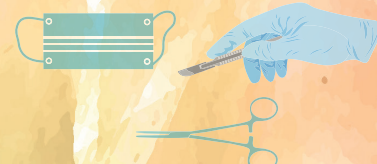
- Identificar el pacient comprovant polsera i de forma verbal.
- Informar al pacient de la tècnica que cal realitzar.
- Col·locar el pacient en la posició adequada.
- Oferir-li un ambient de seguretat i intimitat en la mesura que sigui possible i d'asèpsia estricta.

PREPARACIÓ DEL PERSONAL

- Coneixement del Protocol.
- Preparació del material necessari per evitar desplaçaments innecessaris.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

PROCEDIMENT

- Col·locar-se la gorra i la mascareta.
- Col·locar-se els guants d'un sol ús.
- Retirar l'apòsit del catèter amb cura per evitar la migració accidental del catèter.
- Efectuar el rentat antisèptic de mans o aplicar-se la solució alcohòlica.
- Posar-se els guants estèrils.
- Preparar una àmplia superfície estèril.
- Netejar el punt d'inserció amb sèrum estèril, assecar-lo i aplicar l'antisèptic i deixar eixugar.
- Col·locar l'apòsit transparent abans que les mesures de barrera siguin retirades. Si fos necessari col·locar un segon apòsit per cobrir la zona.
- Instaurar, si és necessari, els nous equips d'infusió amb la solució que correspongui.
- Retirar el material utilitzat.
- Treure'ns els guants, la gorra i la mascareta.
- Deixar el pacient en la posició més còmoda.
- Evitar el risc de caiguda, utilitzant les mesures preventives.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.



RECOMANACIONS

- Vigilar els signes de complicació (inflamació, infecció i sagnat del punt de punció) en cada torn i en cada canvi d'apòsit.
- Si hi ha sospita d'infecció deguda al catèter (no hi ha altre focus evident d'infecció) retirar el catèter, cursar un cultiu de la punta i fer hemocultius seriatos segons el Protocol.

ANOTACIONS EN EL REGISTRE D'INFERMERIA

- Aspecte del punt d'inserció, en cada torn (envermelliment, eritema, supuració, edema).
- Funcionament del catèter.
- Data dels canvis d'apòsit i equips.
- Qualsevol manipulació, complicació o canvi que s'hagi realitzat.

CONSIDERACIONS ADDICIONALS

- Si el pacient sua molt o li sagna el punt d'inserció del catèter, es poden utilitzar en el seu defecte com a apòsit gases estèrils, i subjectar-les amb làmina adhesiva en teixit.
- Evitar al màxim el contacte amb el punt d'inserció durant el canvi d'apòsit.
- Comprovar la permeabilitat de l'accés venós després del canvi d'apòsit.
- Retirar el dispositiu intravascular tan aviat com finalitzi la seva indicació clínica.

CANVI D'EQUIPS D'INFUSIÓ, ALLARGADERES I CONNEXIONS

OBJECTIU

- Mantenir la via venosa central permeable i estèril.
- Mantenir els equips en perfecte estat d'ús.

MATERIAL NECESSARI

- Taula mòbil o carro de cures.
- Mascareta.
- Guants d'un sol ús.
- Equips d'infusió.
- Allargadora de doble via amb sistema de valva sense agulla / clau de 3 vies / bioconnector.
- Allargadora.
- Sèrum fisiològic.
- Solució per la perfusió.
- Taps estèrils.



- En cas de nutrició enteral:
 - Gases estèrils, talles estèrils.
 - Mascareta, gorra.
 - Guants i bata estèrils.
 - Antisèptic: Clorhexidina alcohòlica 2 %.

PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Identificar el pacient comprovant polsera i de forma verbal.
- Informar al pacient de la tècnica que cal realitzar.
- Col·locar el pacient en la posició adequada.
- Oferir-li un ambient de seguretat i intimitat en la mesura que sigui possible i d'asèpsia estricta.

PROCEDIMENT

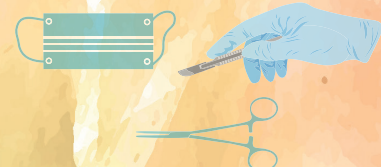
- Col·locar-se la mascareta.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Col·locar-se els guants.
- Instaurar si és necessari els nous equips d'infusió amb la solució que correspongui.
- En cas de nutrició parenteral:
 - Efectuar el rentat antisèptic de mans o aplicar-se la solució alcohòlica.
 - Posar-se la bata i guants estèril.
 - Preparar una àmplia superfície estèril.
 - Instaurar els nous equip d'infusió.
 - Treure's els guants, la bata, la gorra i la mascareta.
- Retirar el material.
- Deixar al pacient en la posició correcta.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Anotacions en el registre d'infermeria del procediment realitzat i la causa de la retirada.

RETIRADA DEL CATÈTER CENTRAL D'INSERCIÓ PERIFÈRICA (PICC)

OBJECTIU

Unificar els criteris d'actuació per tal de:

- Reduir el risc de complicacions associades als catèters: infeccions, sèpsia.
- Identificar els microorganismes causants de la infecció i la seva sensibilitat antibiòtica per a adaptar el tractament adient en cas d'infecció produïda pel catèter.



MATERIAL NECESSARI

- Taula mòbil o carro de cures.
- Guants d'un sol ús.
- Set de cures estèril (gases estèrils, talla estèril, tovallola de cel·lulosa).
- Antisèptic: Clorhexidina 2 % alcohòlica.
- Tisores estèrils o fulla de bisturí.
- Solució fisiològica estèril.
- Contenedor estèril per a la recollida de la punta del catèter.
- Contenedor de residus de risc biològic (Grup III).

PREPARACIÓ DEL PACIENT

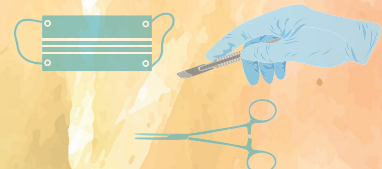
- Identificar el pacient comprovant polsera i de forma verbal.
- Informar al pacient de la tècnica que cal realitzar, sempre que sigui possible.
- Col·locar el pacient en la posició adequada.
- Oferir-li un ambient de seguretat i intimitat en la mesura que sigui possible i d'asèpsia estricta.

PROCEDIMENT

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Tancar els sistemes d'infusió.
- Col·locar-se els guants.

Retirar els apòsits:

- Efectuar un rentat antisèptic de mans o aplicar-se solució alcohòlica.
- Posar-se uns guants estèrils.
- Amb el bisturí, tallar-ne els punts.
- Aplicar àmpliament l'antisèptic a la zona d'inserció i deixar-lo actuar.
- Retirar lentament el catèter, procurant no realitzar maniobres brusques.
- Esbandir la zona d'inserció amb solució fisiològica estèril.
- Fer pressió en el punt d'inserció, desinfectar i col·locar l'apòsit estèril.
- Treure's els guants.
- Deixar el pacient en la posició més còmoda.
- Evitar el risc de caiguda, utilitzant les mesures preventives (llit baix).
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

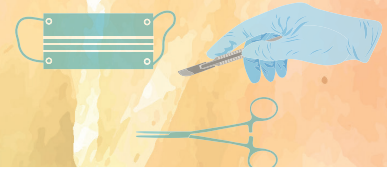


Si cultiu per sospita d'infecció:

- Preparar un camp estèril.
- Amb el bisturí, tallar-ne els punts.
- Aplicar àmpliament l'antisèptic a la zona d'inserció i deixar-lo actuar.
- Retirar lentament el catèter, tenint cura d'evitar el contacte amb la pell, procurant no realitzar maniobres brusques.
- Introduir la punta del catèter en un contenidor estèril per a la recollida de la mostra i amb una tisora estèril o bisturí tallar-ne de 5 a 10 cm.
- Fer pressió en el punt d'inserció, desinfectar i col·locar l'apòsit estèril.
- Enviar la mostra a microbiologia immediatament.
- Realitzar hemocultius seriatos d'una via venosa perifèrica, segons Protocol.
- Treure's els guants.
- Deixar el pacient en la posició més còmoda.
- Evitar el risc de caiguda, utilitzant les mesures preventives (llit baix).
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

CONSIDERACIONS ADDICIONALS

- Les puntes dels catèters només s'han de cultivar quan hi hagi sospita d'infecció deguda al catèter (si no hi ha altre focus evident d'infecció).
- Controlar freqüentment si hi ha possible hemorràgia per punt d'inserció.
- Sempre que es realitzi un cultiu de punta de catèter per sospita d'infecció, s'han de realitzar hemocultius segons protocol.
- Utilitzar tècnica estèril.
- En malalts tractats amb anticoagulants s'ha de fer compressió manual en el punt d'inserció per tal d'evitar l'aparició d'hematomes.



6.5.4. Protocol de cures dels accessos venosos de llarga durada: reservoris

DEFINICIÓ

La necessitat d'aconseguir un accés còmode i de llarga durada al sistema venós del pacient per l'administració de fàrmacs i extraccions de sang ha portat a l'aparició de sistemes d'accés venós perllongat que avui en dia coneixem amb el nom de reservoris.

Els reservoris estan formats per un catèter radioopac habitualment de silicona o poliuretà, el port del reservori radioopac i de titani (pot ser també d'acer inoxidable i polietilè) on es localitza la membrana de silicona que recobreix la càmera que pot ser individual o doble (permet administrar simultàniament dos fàrmacs incompatibles) i la connexió on s'insereix el catèter.

Els reservoris es classifiquen en tres grups principals:

1. Percutanis, no implantables ni tunelitzats: s'utilitzen per a períodes breus que van des d'un dia fins a un mes. S'insereixen a través de la vena subclàvia o jugular.
2. Percutanis, parcialment implantables i tunelitzats: són els catèters de Hickman, Broviac, Groshong o de Quinton. S'utilitzen en períodes més llargs i si es necessita un accés permanent.
3. Subcutanis, totalment implantables, amb sistema de reservori subcutani: allotjats totalment sota la pell i no exterioritzats, coneguts pel terme anglès "port-a-cath". S'utilitzen per a l'accés a llarg termini o permanent i són molt útils en els casos en què el tractament és intermitent i es preveuen períodes en què no s'utilitzarà.

OBJECTIUS

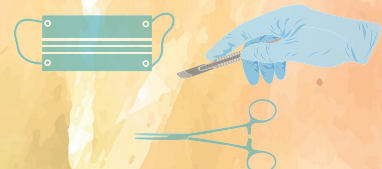
- Assegurar un via venosa permeable per a l'administració de la medicació necessària.
- Procurar confort al pacient.

INDICACIONS

- Necessitat d'infusió ràpida quan no es disposa d'una via venosa perifèrica adequada.
- Necessitat d'infusió de fàrmacs flebotòxics durant un temps perllongat.
- Necessitat d'obtenció freqüent de mostres de sang per anàlisis.
- Absència comprovada de xarxa perifèrica accessible: shock, trombosis, obesitat.

CONTRAINDICACIONS

- Trombosi completa del sistema venós profund.
- Febre d'origen no conegut.
- Neutropènia.
- Antecedents previs d'infeccions recurrents en accessos venosos permanents.



CURES DEL RESERVORI

PROCEDIMENT IMPLANTACIÓ

1. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
2. Cura tòpica i valoració punts de sutura (estar atents a la cicatrització per retirada de punts entre vuit i deu dies, si no hi ha indicació del contrari).
3. Detectar signes d'infecció en zona d'implantació.
4. Si el reservori no s'utilitza, es deixarà la zona a l'aire un cop cicatritzada la zona, si s'utilitza de forma continua, es realitzarà cura estèril un cop a la setmana o quan sigui necessari si l'apòsit de protecció no es manté en bon estat.
5. Registrar cura i evolució al curs clínic.

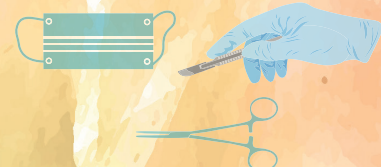
PROCEDIMENT DE PUNCIÓ DEL RESERVORI

MATERIAL

- Mascareta.
- Sabó i sèrum fisiològic.
- Antisèptic.
- Guants estèrils.
- Dos xeringues de 10 cc.
- Una xeringa de 20 cc.
- Agulles e.v. convencionals.
- Dos vials sèrum fisiològic de 10 cc.
- Tap antireflux.
- Agulles especials tipus Gripper o Huber.
- Gases i apòsits estèrils.

TÈCNICA DE PUNCIÓ

1. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
2. Col·locar mascareta.
3. Localitzar zona de punció.
4. Preparar camp estèril.
5. Col·locació guants estèrils.
6. Desinfectar la zona de punció amb gases estèrils i solució antisèptica des del centre a la perifèria realitzant moviments en espiral.
7. Carregar sèrum fisiològic en una xeringa de 10 cc i netejar l'equip d'extensió i l'agulla.
8. Connectar la xeringa a l'allargadora de l'agulla i després de netejar-la, tancarem la pinça i ho deixarem damunt del camp estèril.



9. Amb la mà no dominant, localitzar i immobilitzar la càmera del reservori i subjectar-la entre els dits índex i polze de forma suau, intentant que no es mogui.
10. Punxar amb la mà dominant de forma perpendicular, utilitzant l'agulla connectada a la xeringa. Li demanarem al pacient que abans inspi i així també ens ajudarà a fixar el reservori a la pell. A l'inici de la punció es notarà una petita resistència perquè estem travessant la membrana de silicona, seguim pressionant fins arribar al fons de la càmera, moment en el qual es notarà que l'agulla toca una zona metàl·lica.
11. Obrir la pinça de l'allargadora i comprovar la permeabilitat aspirant contingut hemàtic.

ÚS DEL RESERVORI

Extracció de sang

MATERIAL

- El mateix que utilitzem per la tècnica de punció.
- Xeringues per extracció i adaptador.
- Tubs analítica.

PROCEDIMENT

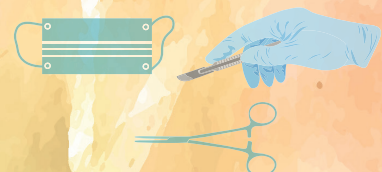
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Tècnica estèril.
- Connectar xeringa de 10 cc i aspirar suament fins a extreure 5 cc que rebutjarem.
- Connectar una altra xeringa o adaptador per extraccions.
- Netejar circuit amb 20 cc de sèrum fisiològic i començar amb l'extracció.
- Si el reservori no estigués punxat, seguir la tècnica inicial per puncions.

ADMINISTRACIÓ DE TRACTAMENT

Antibioteràpia, transfusions, quimioteràpia o sueroteràpia.

PROCEDIMENT

1. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
2. Atenció a la manipulació envasos dels fàrmacs (quimioteràpics i alguns antibiòtics)-Tècnica estèril.
3. Connectar xeringa de 10 cc i aspirar suament 5 cc que rebutjarem.
4. Netejar amb sèrum fisiològic mitjançant una xeringa de 20 cc.
5. Connectar la perfusió contínua o administrar el bolus i un cop finalitzat, netejar amb 20 cc de sèrum fisiològic i a continuació heparinitzar la via.
6. Registrar a curs clínic.



HEPARINITZAR (SEGELLAT DEL RESERVORI)

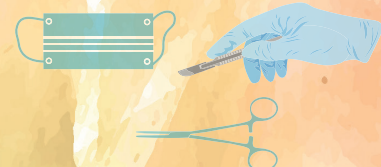
Aquest procés es durà a terme després de cada ús i cada dos mesos si no s'utilitza el reservori.

MATERIAL

- El mateix que hem descrit per la tècnica de punció.
- Heparina sòdica a l'1 % vial de 5 cc (200 ui).
- Dos vials de 10 cc de sèrum fisiològic.
- Xeringa de 20 cc.
- Xeringa de 10 cc.

PROCEDIMENT

1. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
2. Tècnica estèril.
3. Connectar xeringa de 10 cc i aspirar suament 5 cc i rebutjar-los.
4. Netejar amb 20 cc de sèrum fisiològic.
5. Introduir 5 ml d'heparina sòdica 1 % (200 ui).
6. Pinçar l'allargadora fent pressió positiva en els darrers 0.5 cc d'heparina.
7. Retirar l'agulla perpendicularment subjectant la càmera per evitar mobilitzacions innecessàries amb una gasa estèril. Pressionar suament la zona de punció.
8. Col·locar apòsit de protecció en la zona de punció, aquest es podrà retirar al cap d'una estona si no hi ha contraindicació.
9. Registrar a la història clínica.

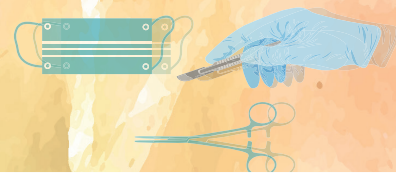


RECOMANACIONS

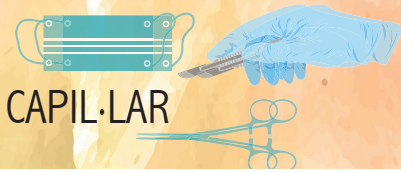
- Mantenir les màximes condicions d'asèpsia i utilitzar sempre material estèril en qual-sevol tècnica que realitzem amb el reservori.
- Utilitzar xeringues de 10 ml o superior (les de menys capacitat exerceixen més pressió que podrien separar el catèter de la càmera).
- Mantenir la connexió per sota del nivell de l'aurícula del pacient per evitar l'entrada de l'aire en cas de desconexió accidental.
- Si el reservori està amb perfusió contínua, es recomana canviar l'agulla cada set dies.
- Retirar les claus de tres vies quan aquestes no siguin necessàries. Canviar les connexions i els sistemes de perfusió cada 72 h.
- Mantenir les allargaderes pinçades entre connexió i desconexió.
- En cas d'obstrucció del reservori, indicar al pacient que canviï la posició o bé s'estiri amb les cames elevades i giri el cap. Si això no és efectiu caldrà comprovar si el reservori està ben col·locat mitjançant Rx o prèvia autorització mèdica, utilitzar un fibrinolític per intentar desobstruir-lo.
- En cas de detectar signes de possible infecció, caldrà avisar al metge i recollir un cultiu de la zona i establir el protocol per aquests casos.

BIBLIOGRAFIA

1. SARQUAVITAE. *Manuales y protocolos d'infermeria*. Lleida: Sarquavitae; 2016.
2. Hestia Balaguer. *Manuales i protocols*. Balaguer: Hestia Balaguer; 2017.
3. DOMUS VI. *Manuales y protocolos de enfermería*. Barcelona: Domus Vi; 2017.
4. CORRELLA CALATAYUD J, FUSTER DIANA C, VÁZQUEZ PRADO A, CORELLA MAS J, GALBIS CARAVAJA J, RABADÉN HONTANGAS R. *Reservorios, acceso venoso de larga duración. abordaje y complicaciones*. Chguv.San.Gva.Es. Valencia: Consorci Hospital General Universitari València, Diputació de València; 2012. 104 p.
5. WHITMAN ED. *Complications associated with the use of central venous access devices*. Curr. Probl. Surg. abril de 1996;33(4):309-78.
6. ALVAREZ JA, VILLALBA WO, ENCINA WP, VEGA RB. *Reservorio venoso subcutáneo*. Rev. Cirugía Paraguaya. 2003;36(2):8-9.
7. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia. *Accesos venosos de larga duración catéter tipo hickman reservorio percutáneo*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.
8. Instituto Donostia de Onco-Hematología, Hospital Donostia. *Reservorio venoso subcutáneo*. Donostia: Hospital Donostia; 2015.
9. VENA FERNÁNDEZ C, ALONSO NOVAL AM, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Á, GUTIÉRREZ GARCÍA E, VELASCO GONZÁLEZ T, LÓPEZ LALÍN AM, et al. *Catéteres venosos centrales (CVC). Guía para enfermería*. Oviedo: Unidad de Atención



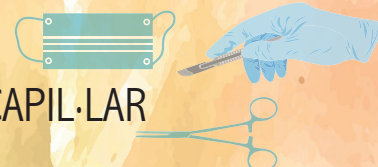
- al Cliente. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad. Dirección de Servicios Sanitarios. SESPA; 2010.
10. ETI. Asociación de equipos de terapia intravenosa. 2018.
 11. Enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales. *Reservorios venosos subcutáneos y demás catéteres venosos de larga duración*. 2016.
 12. CDC. *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. 2011.
 13. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. *Documento de consenso sobre infecciones relacionadas con catéteres vasculares*. Soc. Andaluza Enfermedades Infecc. Sevilla; 2011;12:68.
 14. ÁLVAREZ-LERMA F, OLIVA G, FERRER JM, RIERA A, PALOMAR M, CATALUNYA CA DEL P. *Resultados de la aplicación del proyecto Bacteriemia Zero en Catalunya*. Med. Clin. (Barc), juliol de 2014;143:11-6.
 15. SEISDEDOS ELCUAZ R, CONDE GARCÍA MC, CASTELLANOS MONEDERO JJ, GARCÍA-MANZANARES VÁZQUEZ DE AGREDOS A, VALENZUELA GÁMEZ JC, FRAGA FUENTES MD. *Infecciones relacionadas con el catéter venoso central en pacientes con nutrición parenteral total*. Nutr. Hosp. 2012;27(3):775-80.
 16. ASA. *Practice guidelines for central venous access*. Anesthesiology. marzo de 2012;116(3):539-73.
 17. GE X, CAVALLAZZI R, LI C, PAN SM, WANG Y-W, WANG F-L. *Central venous access sites for the prevention of venous thrombosis, stenosis and infection*. Cochrane Database Syst. Rev., 14 de març de 2012;
 18. O'GRADY NP, ALEXANDER M, BURNS LA, DELLINGER EP, GARLAND J, HEARD SO, et al. *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. Clin Infect Dis., 1 de maig de 2011;52(9):e162-93.
 19. RUBIO MC, MORENO ABMMJMC. *Procedimiento de Enfermería sobre cuidados y mantenimiento de catéteres venosos centrales de corta duración: de inserción central y periférica*. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla; 2014.
 20. Infusion Nurses Society. *Infusion nursing standards of practice*. Journal of Infusion Nursing. 2011. 1-110 p.
 21. Seguridad del Paciente. *Proyecto bacteriemia zero. Programa para reducir las bacteriemias por catéteres venosos centrales en las UCI del SNS* [Internet]. 2008 [citad 15 de desembre de 2018]. Recuperat a partir de: <<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero/>>.
 22. VIRAMI T, SCHOUTEN JM, McCONNELL H, LAPPAN-GRAÇON S, SANTOS J, RUSSELL B, et al. *Care and maintenance to reduce vascular access complications. Care and Maintenance to Reduce Vascular Access Complications*. Toronto: RNAO; 2005. 98 p.
 23. OCÓN BRETÓN MJ, MAÑAS MARTÍNEZ AB, MEDRANO NAVARRO AL, GARCÍA GARCÍA B, GIMENO ORNA JA. *Factores de riesgo de aparición de bacteriemia asociada al catéter en pacientes no críticos con nutrición parenteral total*. Nutr. Hosp. 2013;28(3):878-83.
 24. SCHALLOM ME, PRENTICE D, SONA C, MICEK ST, SKRUPKY LP. *Heparin or 0.9% sodium chloride to maintain central venous catheter patency*. Crit Care Med., juny de 2012;40(6):1820-6.
 25. SONA C, PRENTICE D, SCHALLOM L. *National Survey of Central Venous Catheter Flushing in the Intensive Care Unit*. Crit Care Nurse. 1 de febrer de 2012;32(1):e12-9.
 26. BOUZA E, MUÑOZ P, LÓPEZ-RODRÍGUEZ J, JESÚS PÉREZ M, RINCÓN C, MARTÍN RABADÁN P, et al. *A needleless closed system device (CLAVE) protects from intravascular catheter tip and hub colonization: a prospective randomized study*. J. Hosp. Infect., agost de 2003;54(4):279-87.



27. BTAICHE IF, KOVACEVICH DS, KHALIDI N, PAPKE LF. *The effects of needleless connectors on catheter-related bloodstream infections*. Am J Infect Control. maig de 2011;39(4):277-83.
28. KEEGAN MT, MUELLER JT. *Removal of Central Venous Catheters*. Anesthesiology, octubre de 2012;117(4):917-8.
29. CARRERO M, VALBUENA B. *Mantenimiento y cuidado de catéteres intravasculares. La importancia de la heprinización*. Rev ROL Enfermería. 2012;35(6).
30. PEINADO BARRASO MC, LÓPEZ RODRÍGUEZ L, PANEQUE SÁNCHEZ I, LIMPO DE LA IGLESIA P, VÁZQUEZ GONZÁLEZ MA, NAVARRO GARCÍA V, et al. *Prevalencia de flebitis postcateterización*. Metas de Enfermería. 2010;13:28-32.
31. BUTCHER HK, BULECHEK GM, FAAN PRN, DOCHTERMAN JM, WAGNER C, MBA RNP. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier; 2018.
32. SMITH SF, DUELL DJ, MARTIN BC. *Técnicas de enfermería clínica: De las técnicas básicas a las avanzadas*. Madrid: Pearson Educación; 2009.
33. NOCI J, BARBER L, LUCENDO A, GARCIA P. *Vía venosa periférica. Uso adecuado*. En: Caballero Carrero MC, editor. Tratado de administración parenteral. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006. p. 103-39.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



6.6. PROTOCOL DE MESURA DE GLICÈMIA CAPIL·LAR

DEFINICIÓ

Quantificació de la glucosa en mg/dl mitjançant l'extracció d'una mostra sanguïnia per punció percutània.

OBJECTIUS

- Mesurar i determinar els valors de glucosa en sang.

MATERIAL

- Batea.
- Glucòmetre.
- Tires per mesurar la glucosa.
- Apòsit de cel·lulosa.
- Llanceta d'un sol ús.
- Contenedor de material punxant.

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).
- Rentat de mans per mantenir la zona de punció neta.

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants.

PROCEDIMENT

- Verificar la correcta identificació del pacient.
- Informar al pacient de la tècnica a realitzar i demanar col·laboració, en la mesura que es pugui.
- Col·locar al pacient en una posició còmoda.
- Comprovar la higiene de mans del pacient.
- Verificar que funciona correctament el glucòmetre i introduir una tira reactiva.
- Realitzar un lleuger massatge de la zona elegida per afavorir la circulació.
- Desinfectar la zona amb cotó.
- Punxar amb la llanceta en la zona lateral del dit, rebutjant la primera gota i aplicar la segona gota de sang a la tira reactiva.
- Pressionar amb l'apòsit de cel·lulosa el dit (zona de punció).



- Rebutjar la llanceta al contenidor per materials punxants.
- Recollir el material.
- Retirada dels guants i higiene de mans.
- Enregistrar el valor obtingut als registres d'infermeria.

RECOMANACIONS

No s'aconsella punxar en zones fredes, cianòtiques o edematoses.



BIBLIOGRAFIA

1. GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS. *Manuais i protocols assistencials de l'Hospital Universitari Santa Maria*. Lleida: Gestió de Serveis Sanitaris; 2017.
2. MUÑOZ A, ÁVILA CUADROS R, FLOREZ ALMONACID M, INÉS GARCÍA CABRERA C, PÉREZ LORENTE M, RODRÍGUEZ LÓPEZ I, et al. *Valoración y control de la glucemia por punción percutánea. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*. Córdoba: Hospital Universitario «Reina Sofia»; 2012.
3. BALLESTA LÓPEZ FJ, BLANES COMPAÑ FV, CASTELLS MOLINA M, DOMINGO POZO M, FERNÁNDEZ MOLINA MÁ, GÓMEZ ROBLES FJ, et al. *Guía de Actuación de Enfermería: Manual de Procedimientos Generales*. Valencia: Generalitat. Conselleria de Salut; 2007. 428 p.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)



6.7. PROTOCOL D'OSTOMIES

6.7.1 OSTOMIES D'ELIMINACIÓ:

A. CURA DE LES UROSTOMIES I NEFROSTOMIES (Ostomia Urològica)

DEFINICIÓ

Cures a realitzar al canviar la bossa recol·lectora i/o la placa adhesiva d'un dispositiu d'estoma urinari.

OBJECTIUS

- Control diüresi.
- Mantenir la permeabilitat de l'estoma urinari.
- Promoure higiene y confort del pacient.
- Evitar olors i humitats.
- Mantenir la integritat de la pell periestomal.
- Prevenir infeccions d'orina.

MATERIAL NECESSARI

- Guants.
- Tisores.
- Equip d'estoma urinari: bossa col·lectora i placa
- Plantilla per a mesurar l'estoma.
- Protector de la pell periestomal, si cal.
- Paper absorbent.
- Recipient amb aigua tèbia i sabó neutre o esponja sabonosa.
- Bossa de brossa.

PREPARACIÓ





Preparació del personal:

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants
- Preparació del material necessari, deixant-lo al nostre abast.



Preparació del pacient:

- Identificació del pacient
- El infermer/a explicarà al pacient la tècnica que realitzarem i li sol·licitarà la seva col·laboració si està conscient
- Si el pacient camina li direm que vagi al bany o li portarem
- Si el pacient és autònom procurarem ensenyar-li com pot canviar-se la bossa ell sol o amb la mínima ajuda, col·locant-se de peu, al bany i davant el mirall.
- Desvestir, si és necessari, al pacient per accedir a la zona abdominal.
- Observar si hi ha fuites.
- Respectar la intimitat.
- Prevenir risc de caigudes.

 <p>Fig. 1</p>	<p>Desenganxar la placa de dalt a baix suaument, subjectant la pell amb l'altra mà, evitant estrebades.</p> <p>Fig 1.</p> <p>No utilitzar substàncies irritants (alcohol, acetona) per a enretirar restes d'adhesiu sobre l'estoma.</p>
 <p>Fig. 2</p>	<p>Introduir el dispositiu que es retira en una bossa de deixalles (doble bossa al domicili).</p> <p>Netejar les restes de moc amb paper higiènic.</p> <p>Netejar l'estoma amb aigua tèbia i sabó neutre, o esponja sabonosa, sense friccionar. Potser que l'estoma sagni una mica.</p> <p>Fig 2.</p>
 <p>Fig. 3</p>	<p>Eixugar bé amb paper absorbent, fent petits tocs i sense friccionar. Fig 3.</p> <p>Si hi ha pèls al voltant de l'estoma rasurar-los (amb maquina rasuradora especial per a rasurar en sec) sense pressionar per no fer ferida.</p>
 <p>Fig. 4</p>	<p>Cal comprovar la bona coloració i la integritat de la pell de l'estoma.</p> <p>Cobrir l'estoma amb una gasa mentre es mesura i retallar la placa, perquè va eliminant orina de forma continuada.</p> <p>Mesurar l'estoma amb la plantilla graduada, per a ajustar el dispositiu, procurant una separació d'un o dos mil·límetres entre l'estoma i la placa. Fig 4.</p>



	<p>En el cas en que l'estoma no sigui rodó, cal fer una plantilla segons la forma que tingui. Retallar la placa amb unes tisores corbes, escalfar-la amb les mans (no amb l'assegador), i retirar el paper protector de la placa. Fig 5.</p>
	<p>Enganxar la placa a la pell, començant de baix cap a dalt, per si surt efluent que caigui a l'interior del dispositiu. Fig 6.</p>
	<p>Assegurar-se que la placa queda ben adherida i fer-hi massatge a sobre per a que s'adhereixi millor. En cas de dispositius de dues peces, encaixar la bossa a la placa i comprovar que ha quedat ben fixada. Fig 7.</p>
	<p>Mentre porti els catèters ureterals (fins uns dies després de l'alta i fins la seva retirada a la consulta) és molt important comprovar que estan correctament col·locats i que hi ha emissió d'orina per ambdós. Un cop s'hagin retirat, caldrà comprovar que surt orina de forma continuada per l'estoma.</p>
	<p>En el cas de l'urostomia cutània i la nefrostomia, els cateters seràn permanents. Fig 8 (Urostomia cutània) i Fig 9 (Urostomia)</p>



Freqüència dels canvis de bossa i placa

- Les bosses col·lectores s'han de buidar quan arriben als dos terços de la seva capacitat, i sempre canviar-la cada 24 h.
- Els discos o plaques es canvien cada 3-5 dies, sempre que no tingui fuites per sota de la placa.
- En el moment en què apareguin signes de filtrat entre l'adhesiu i la pell, s'ha de canviar el dispositiu.
- Amb el temps, és possible que necessiti canviar la mida o el tipus de bossa que fa servir.
- Durant el dia, el dispositiu col·lector es pot connectar a una bossa de cama, i durant la nit, el dispositiu es connectarà sempre a una bossa d'orina de 2000cc per evitar aixecar-se a buidar-lo i tenir bon drenatge del ronyó.
- Aquestes bosses de recollida d'orina (tant de la bossa de cama com la que es col·loca durant la nit) es canviaran cada 24 h i no s'han d'eleva mai per sobre de la cintura.
- Per buidar la bossa, asseure's al costat del w.c. i buidar-la evitant que l'extrem per on surt l'orina toqui en cap lloc.

En tots els casos l'infermer/a:

- Vestir de nou al pacient i deixar en una posició còmoda.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si s'escau
- Tirar tot el material utilitzat i la bossa en els contenidors de residus apropiats.
- Retirar-se els guants.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Sol·licitar sempre la col·laboració del pacient, fomentar l'autocura.
- Comprovar que la bossa i la base de la placa s'acoblin bé.
- Registrar en el registre d'infermeria el procediment realitzat:
- Registre de la quantitat i característiques de la orina en la fulla de control.
- Registre del canvi de bossa i placa de l'estoma i qualsevol incidència relacionada, en el full de seguiment
- Registre del tipus de bossa i placa utilitzada en la fulla de cures d'infermeria.

RECOMANACIONS:

- Recordar al pacient que els dispositius són individualitzats, per tant haurà de portar sempre una bossa amb el seu material en cas de viatge, ingrés hospitalari o altres.
- Avisar al seu metge o estomaterapeuta davant signes d'alerta:
 - Un tall o lesió a l'estoma.
 - Sagnat abundant provinent de l'obertura de l'estoma, o si en diverses ocasions troba un sagnat moderat a la bossa quan la buidi.
 - Sagnat en el punt d'unió de l'estoma i la pell.
 - Irritació de la pell greu o nafres.
 - Un canvi inusual en la mida o color de l'estoma.
 - Febre o canvis en el color i olor de l'orina.
 - Fuites persistents, ja que podria ser necessari valorar canvi de dispositiu.
 - Dermatitis.
 - Hèrnia periestomal.



Dermatitis:

Irritació de la pell al voltant de l'estoma. Una de les complicacions més habituals. **Fig 10.**

Tractament en cas de Dermatitis:

- Tenir molta cura al fer el canvi de dispositiu.
- Realitzar la higiene de l'estoma i la pell periestomal de la manera habitual, sense utilitzar desinfectants, alcohol o productes perfumats.
- Abans de col·locar el dispositiu, aplicar a la pell irritada fonents d'una dil·lució d'una cullerada de vinagre de poma per 3 d'aigua, es col·loquen unes gases xopes amb aquesta dilució, al voltant de l'ostomia i es deixen entre 10 i 20 minuts.
- Es neteja de nou la pell periestomal i l'ostomia amb aigua i sabó.
- Assecar bé la pell.
- Aplicar mercromina a la pell periestomal afectada.
- Aplicar pel·lícula protectora i pols secants.
- Col·locar el dispositiu i bossa corresponents, assegurant-se que no hi hagi cap fuita.

És important que consulti amb la seva infermera si no millora amb això.



Fig. 10

Hèrnia periestomal:

Aparició d'embalum ("bony") al voltant de l'ostomia. És la complicació tardana més freqüent. **Fig 11.**

RECOMANACIONS:

- Control de pes evitant l'augment.
- No realitzar esforços físics que comprometin la musculatura abdominal.
- Utilitzar una faixa abdominal.

És important que consulti amb la seva infermera si no millora amb això.



Fig. 11



Registre:

- Registre de la quantitat i característiques de la femta en la fulla de control.
- Registre del canvi de bossa i placa de l'ostomia i qualsevol incidència relacionada, en el full de seguiment
- Registre del tipus de bossa i placa utilitzada en la fulla de cures d'infermeria.
- Complicacions de l'Estoma:
Retracció, Hèrnia periostomal, Prolapse, necrosis i problemes a la pell periostomal.

Alimentació:

A continuació s'especifiquen les recomanacions generals que ha de tenir una persona portadora d'urostomia:

- Seguir una dieta el més equilibrada i variada possible.
- Prendre entre 5 i 6 àpats al dia, menjant poc i sovint.
- Introduir els aliments en poques quantitats. Si existeix intolerància a algun aliment, no excloure'l definitivament i tornar-ho a provar més endavant. Recordar que la tolerància és individual.
- Mastegar bé tots els aliments.
- Beure uns 2 litres d'aigua al dia, per prevenir infeccions.
- Es recomana beure entre àpats.
- No prendre begudes amb gas o ensucrades i tampoc cafè ni alcohol.
- El color i l'olor de l'orina pot modificar-se per la ingesta de fàrmacs i d'alguns aliments com els espàrrecs.
- Aconseguir una aportació correcta de calci en la dieta.
- Evitar consumir aliments rics en oxalats: espinacs, remolatxa, carxofa, germen de blat, porro, api, albergínia, julivert, escarola.
- Introduir aliments que continguin una quantitat important de vitamina C, ja que tornen l'orina més àcida disminuint així la possibilitat d'infeccions:
- Verdures: bròquil, pebrots, col de Brussel·les ...
- Fruïtes: prunes, taronges, kiwis, maduixes, caqui, meló, nabius..

B. CURA DE LES IL.LIOSTOMIES I COLOSTOMIES

DEFINICIÓ

Cures a realitzar al canviar la bossa recol·lectora i/o la placa adhesiva d'un dispositiu d'ostomia digestiva.

OBJECTIUS

- Control de deposicions
- Mantenir la permeabilitat de les ostomies digestives



- Promoure la higiene y confort del pacient
- Evitar olors.
- Mantenir la integritat de la pell periestomal.

MATERIAL NECESSARI

- Guants
- Tisores
- Dispositiu d'ostomia (bossa col·lectora i placa)
- Plantilla per a mesurar l'estoma.
- Protector de la pell periestomal, si cal.
- Paper absorbent, per a retirar les restes de femta de l'estoma.
- Recipient amb aigua tèbia i sabó neutre o esponja sabonosa.
- Bossa de brossa

PREPARACIÓ

Preparació del personal:

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol
- Posar-se guants.
- Preparació del material necessari, deixant-lo al nostre abast.

Preparació del pacient :

- Identificació del pacient.
- El infermer/a explicarà al pacient la tècnica que realitzarem i li sol·licitarà la seva col·laboració si està conscient.
- Prevenir risc de caigudes
- Si el pacient camina li direm que vagi al bany o li portarem
- Si el pacient és autònom procurarem ensenyar-li com pot canviar-se la bossa ell sol o amb la mínima ajuda, col·locant-se de peu, al bany i davant el mirall.
- Desvestir, si és necessari, al pacient per accedir a la zona abdominal.
- Observar si hi ha fuites

Respectar la intimitat.



	<p>Desenganxar la placa de dalt a baix suaument, subjectant la pell amb l'altra mà, evitant estrebades. Fig 1 i 2.</p> <p>No utilitzar substàncies irritants (alcohol, acetona) per a enretirar restes d'adhesiu sobre l'estoma.</p> <p>Introduir el dispositiu que es retira en una bossa de deixalles (doble bossa al domicili).</p>
	<p>Retirar les restes de femta amb paper higiènic, evitant el contacte d'aquesta amb la pell periestomal per tal de no irritar-la.</p>
	<p>Netejar l'estoma amb aigua tèbia i sabó neutre, o esponja sabonosa, sense friccionar. Potser que l'estoma sagni una mica. Fig 3.</p>
	<p>Eixugar bé amb paper absorbent, fent petits tocs i sense friccionar.</p> <p>Si hi ha pèls al voltant de l'estoma rasurar-los (amb maquina rasuradora especial per a rasurar en sec) sense pressionar per no fer ferida.</p> <p>Cal comprovar la bona coloració i la integritat de la pell de l'estoma.</p> <p>Cobrir l'estoma amb una gasa mentre es mesura i retalla la placa, per si hi hagués emissió d'efluent.</p> <p>Mesurar l'estoma amb la plantilla graduada, per a ajustar el dispositiu, procurant una separació d'un o dos mil·límetres entre l'estoma i la placa. Fig 4.</p>
	<p>En el cas en que l'estoma no sigui rodó, cal fer una plantilla segons la forma que tingui.</p> <p>Retallar la placa amb unes tisores corbes, escalfar-la amb les mans (no amb l'assegador), i retirar el paper protector de la placa. Fig 5.</p>
	<p>Enganxar la placa a la pell, començant de baix cap a dalt, per si surt efluent que caigui a l'interior del dispositiu.</p> <p>Assegurar-se que la placa queda ben adherida i fer-hi massatge a sobre per a que s'adhereixi millor. Fig 6.</p> <p>En cas de dispositius de dues peces, encaixar la bossa a la placa i comprovar que ha quedat ben fixada.</p>



- La ileostomia està suturada a la pell. Aquests **punts de sutura** moltes vegades són dels que cauen sols. En cas contrari, es retiraran a la visita de control després de l'alta

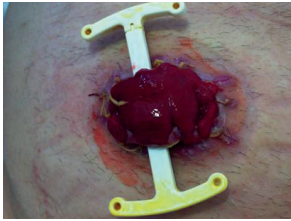


Fig. 7

Les ileostomies laterals o en nansa, acostumen a portar una **vareta o "tutor"**, que uns dies després de la intervenció es retirarà a la consulta. **Fig. 7**

Freqüència dels canvis de bossa i placa:

- Els discos o plaques es canvien cada 3-5 dies, sempre que no tingui fuites per sota de la placa.
- En el moment en què apareguin signes de filtrat entre l'adhesiu i la pell, s'ha de canviar el dispositiu.
- Amb el temps, és possible que necessiti canviar la mida o el tipus de bossa que fa servir.

Ileostomies:

- Les bosses col·lectores s'han de retirar i canviar quan arriben als dos terços de la seva capacitat, i sempre canviar-la cada 24 h.

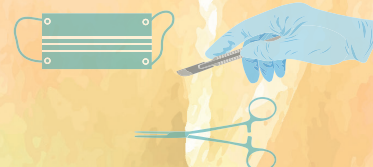
Colostomies:

- Canviar la bossa després de cada deposició.

En tots els casos l'infermer/a:

- Vestir de nou al pacient i deixar en una posició còmoda.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si s'escau
- Tirar tot el material utilitzat i la bossa en els contenidors de residus apropiats.
- Retirar-se els guants.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Sol·licitar sempre la col·laboració del pacient, fomentar l'autocura.
- Comprovar que la bossa i la base de la placa s'acoblin bé.
- Sol·licitar sempre la col·laboració del pacient, fomentar l'autocura.
- Registrar en el registre d'infermeria el procediment realitzat:
 - Registre de la quantitat i característiques de la femta en la fulla de control.
 - Registre del canvi de bossa i placa de l'estoma i qualsevol incidència relacionada, en el full de seguiment
 - Registre del tipus de bossa i placa utilitzada en la fulla de cures d'infermeria.
 - Complicacions de l'Estoma:

Retracció, Hèrnia periostomal, Prolapse, necrosis i problemes a la pell periostomal.



RECOMANACIONS:

- **Recordar** al pacient que els dispositius són individualitzats, per tant haurà de portar sempre una bossa amb el seu material en cas de viatge, ingrés hospitalari o altres.
- **Avisar al seu metge o estomaterapeuta davant signes d'alerta:**
- Un tall o lesió a l'estoma.
- Sagnat abundant provinent de l'obertura de l'estoma, o si en diverses ocasions troba un sagnat moderat a la bossa quan la buidi.
- Sagnat en el punt d'unió de l'estoma i la pell.
- Irritació de la pell greu o nafres.
- Un canvi inusual en la mida o color de l'estoma.
- Febre o canvis en el color i olor de l'orina.
- Fuites persistents, ja que podria ser necessari valorar canvi de dispositiu.
- Dermatitis.
- Hèrnia periestomal. **Fig 8.**

Dermatitis:

Irritació de la pell al voltant de l'estoma. Una de les complicacions més habituals. **Fig 10.**

- Tractament en cas de Dermatitis:
 - Tenir molta cura al fer el canvi de dispositiu.
 - Realitzar la higiene de l'estoma i la pell periestomal de la manera habitual, sense utilitzar desinfectants, alcohol o productes perfumats.
- Abans de col·locar el dispositiu, aplicar a la pell irritada foment d'una dil·lució d'una cullerada de vinagre de poma per 3 d'aigua, es col·loquen unes gases xopes amb aquesta dil·lució, al voltant de l'ostomia i es deixen entre 10 i 20 minuts.
- Es neteja de nou la pell periestomal i l'ostomia amb aigua i sabó.
- Assecar bé la pell.
- Aplicar mercromina a la pell periestomal afectada.
- Aplicar pel·lícula protectora i pols secants.
- Col·locar el dispositiu i bossa corresponents, assegurant-se que no hi hagi cap fuga.

És important que consulti amb la seva infermera si no millora amb això.



Fig. 10



Hèrnia periestomal:

Aparició d'embalum ("bony") al voltant de l'ostomia. És la complicació tardana més freqüent. Fig 11 i 12.

RECOMANACIONS:

- Control de pes evitant l'augment.
- No realitzar esforços físics que comprometin la musculatura abdominal.
- Utilitzar una faixa abdominal.



Fig. 11

Hèrnia periestomal colostomia.



Fig. 12

Hèrnia periestomal ileostomia.

Registre:

- Registre de la quantitat i característiques de la femta en la fulla de control.
- Registre del canvi de bossa i placa de l'ostomia i qualsevol incidència relacionada, en el full de seguiment
- Registre del tipus de bossa i placa utilitzada en la fulla de cures d'infermeria.
- **Complicacions de l'Estoma:**
- Retracció, Hèrnia periestomal, Prolapse, necrosis i problemes a la pell periestomal.

Alimentació:

A continuació s'especifiquen les recomanacions generals que ha de tenir una persona portadora d'ostomia digestiva:

- Seguir una dieta el més equilibrada i variada possible.
- Seguir un horari regular per als àpats, per acostumar l'intestí a un ritme de funcionament uniforme.
- Prendre entre 5 i 6 àpats al dia, menjant poc i sovint.
- Mastegar bé tots els aliments amb la boca tancada per evitar la formació de gasos, i en-salivant correctament.



- La dieta no és estricta, i ha d'introduir els aliments en poques quantitats.
- Si existeix intolerància a algun aliment, no excloure'l definitivament i tornar-ho a provar més endavant. Recordar que la tolerància és individual.
- No condimentar els plats amb amaniments picants i / o forts (pebre vermell, chile, curri, mostassa).
- No prendre els aliments ni molt freds ni molt calents.
- Beure de 2 a 3 litres d'aigua al dia (Ileostomia). En el cas de la colostomia, són suficients 1'5 litres d'aigua al dia (uns 8 gots). Són aconsellables també les begudes isotòniques per compensar les pèrdues o la poca absorció de minerals (sodi, potassi, magnesi ...).
- Es recomana beure entre àpats.
- No prendre begudes amb gas o ensucrades i tampoc cafè ni alcohol.
- Inicialment, la dieta ha de ser baixa o moderada en greixos (fregits, salses) i utilitzar oli d'oliva en cru per condimentar els aliments un cop cuinats.
- Evitar el consum d'aliments flatulents (cols, ceba) per evitar gasos.
- Sopars lleugers per evitar que deposicions nocturnes interrompin el descans per canviar la bossa.
- Descansar després dels menjars, preferiblement en posició asseguda.

A diferència de la colostomia, l'ileostomia requereix d'unes pautes nutricionals més estrictes . A continuació s'especifiquen pautes a seguir per evitar deshidratació per femta líquida. **Quadre resum de l'alimentació d'una persona ileostomitzada:**

ALIMENTS ACONSELLATS	LIMITATS		DESACONSELLATS
Cereals	Arròs Farina i pasta Patates Tapioca	Pa blanc Cereals de tipus farinetes	Cereals integrals Llegums (totes)
Làctics	Formatges curats o secs Llet sense lactosa	Formatge fresc logurt natural	Llet condensada Nata Formatge extra gras logurt amb fruites
Carns i derivats	Carns magres (vedella, poltre, pollastre i pavó sense pell, conill) Pernil cuït i del país	Carns amb greix visible Embotits de qualitat amb poc greix	Carn dura o fibrosa Corder i ànec Embotits amb molt greix Paté Salsitxes



ALIMENTS ACONSELLATS	LIMITATS		DESACONSELLATS
Peix	Peix blanc	Calamars i sípia	Peix blau i marisc
Ous	Ous durs Ous passats per aigua Truita a la francesa	Truita de patates	Ous fregits
Verdures	Pastanaga cuita	Totes amb general	Verdures dures o fibroses: carxofes, pebrots, cols...
Fruïtes	Fruïta bullida, al forn o en almívar Codonyat	Plàtan madur Poma ratllada	Altres fruïtes crues
Aliments grassos	Oli oliva Oli de gira-sol	Mantega Margarina	Oli fregit Salsa maionesa Fruïtes secs
Brioixeria i sucres	Pastís fet a casa Sacarina i altres edulcorants Melmelada Galletes tipus maria	Caramels Mel Sucre	Rebosteria en general Sucre i mel Pastissos Gelats Xocolata Cacau
Condiments	Sal, llorer, orenga, julivert, canyella, vainilla, nou moscada, pebre dolç	Vinagre	Salses comercials Plats precuinats
Begudes	Aigua Infusions Sucs de fruïtes	Llet d'ametlles	Begudes alcohòliques Begudes amb gas

Medicació en la persona portadora d'ileostomia:

- Les persones portadores d'ileostomia hauran d'anar en compte i avisar al seu metge o infermera de referència en cas d'haver de prendre's medicació, degut als problemes d'absorció que poden presentar:
- És aconsellable medicaments **d'absorció ràpida**, i en presentacions líquides o xarops.
- **Fraccionar o dissoldre** els comprimits, **però mai** trencar la coberta protectora de les càpsules.
- Si observem medicació en la femta, cal consultar amb el seu metge o infermera.
- Vigilar anticonceptius orals per la mala absorció.
- Alguns medicaments poden produir diarrea. En cas que això passi, consultar amb el seu metge.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



6.7.2 OSTOMIES DE NUTRICIÓ:

DEFINICIÓ

Cures a realitzar per al correcte manteniment de la PEG (Gastrostomia Endoscòpica Percutània) i la PRG (Gastrostomia radiològica percutània).

OBJECTIUS

- Mantenir la permeabilitat i fixació de les sondes.
- Promoure la higiene y confort del pacient.
- Mantenir la integritat de la pell periestomal.
- Prevenir possibles complicacions.

MATERIAL

- Guants
- Gasses
- Esponja sabonosa
- Aigua estèril o destil·lada.
- Xeringa 10cc.
- Sèrum fisiològic per netejar.
- Clorhexidina o antisèpsia segons protocol centre.

PREPARACIÓ DEL PERSONAL

- Rentat higiènic de mans segons protocol
- Posar-se guants.
- Preparar material.

PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Identificació del pacient
- Explicar-li la tècnica que realitzarem i sol·licitar-li col·laboració si és possible.
- Respectar al màxim la seva intimitat i autonomia.
- Posar-lo en decúbit supí i descobrir la zona.
- Prevenir risc de caigudes.

RECANVIS DE LA SONDA GASTROSTOMIA:

- El primer recanvi s'aconsella dels 4 als 6 mesos i posteriors canvis a l'any o segons integritat de la sonda.
- Registre al curs clínic la sonda col·locada, tipus, calibre, distància fins l'estoma i les possibles alteracions.
- S'aprofitarà el recanvi de la Gastrostomia per a realitzar una valoració nutricional segons protocol del centre.



- Per al primer recanvi de la sonda, en cas que no tinguin programat el recanvi en el servei de referència, la família del malalt es posarà en contacte amb el metge d'Atenció Primària (AP), el qual, farà una fulla d'interconsulta al servei de referència.
- En el pacient ambulatori és important realitzar una adequada educació sanitària pel correcte manteniment de la sonda, la pell periestomal i l'estoma.

PROCEDIMENT

En cas d'obstrucció de la sonda

- La tècnica d'elecció per desobstruir-la és l'aigua temperada. Es recomana administrar diverses vegades 5 ml d'aigua temperada emprant una xeringa de 50 ml i exercint una lleugera pressió; tancar la sonda 5-10 minuts i posteriorment aspirar i rentar amb aigua temperada.
- L'ús de begudes de cola està desaconsellat en aquells pacients alimentats amb fórmules enterals, ja que per la seva acidesa poden coagular la fórmula.
- No s'ha d'utilitzar mai utensilis externs per desobstruir-la sonda.

En cas de pèrdua de la sonda:

- Col·locar al més aviat possible una sonda de recanvi de les mateixes característiques, o en cas de no tenir-la, col·locar una sonda Foley de Fr similar al calibre de la PEG, per mantenir l'estoma permeable fins a la col·locació de la nova sonda de gastrostomia, ja que en cas contrari l'estoma es tanca en 24 h.

RECOMANACIONS GENERALS:

- Si el pacient està desorientat, per a protegir la sonda de possibles arrancades, es pot aplicar un embenat de reforç abdominal o valorar amb el metge la possibilitat de contenció mecànica del pacient.
- Manipular amb cura el tap de la sonda i tancar-ho quan no vagi a ser usada. En cas de trencament utilitzar un tap de recanvi.
- No pinçar, punxar ni acodar la sonda.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si s'escau
- Retirar-se els guants i realitzar higiene de mans.
- Registre al curs clínic la cura realitzada i les possibles alteracions.

Higiene personal del pacient amb gastrostomia:

- Si la situació del pacient ho permet, pot dutxar-se passada una setmana de la col·locació de la sonda. Cal mantenir tancada la sonda amb els taps corresponents.
- El pacient es pot banyar amb immersió (piscina, platja o banyera) a partir de les 3-4 setmanes, però és preferible no estar molt temps amb immersió a l'aigua, per evitar que es maceri l'estoma.
- Un cop finalitzada la higiene s'ha d'eixugar el punt d'inserció de la sonda i la pell periestomal. No utilitzar assecador.



- Les **cures de la boca** són essencials en els pacients que no estan rebent nutrició per via oral. Es recomana rentar la boca i raspallar les dents i la llengua del pacient amb raspall i pasta dentífrica, encara que no mengi, almenys dues vegades al dia. Esbandir amb aigua i un antisèptic bucal. Si el pacient no pot realitzar aquestes cures personalment, es pot realitzar la neteja de la boca amb una gasa i antisèptic bucal diluït.
- Cal evitar que els llavis es ressequin i utilitzar crema hidratant labial o llard de cacau sempre que sigui necessari.

A. CURES DE LA GASTROSTOMIA ENDOSCÒPICA PERCUTÀNIA (PEG)

Cures des de les 24 hores fins 7 dies post inserció:

- S'ha d'utilitzar una tècnica asèptica (Sèrum Fisiològic i guants) per a la neteja de la zona eixugar i desinfectar amb una gasa estèril amb solució de clorhexidina fins als 7 dies post inserció.
- S'han de tenir l'estoma i el disc extern de silicona meticulosament nets i secs.
- La povidona iodada està contraindicada ja que pot ressecar el material.
- A les 24 hores de la col·locació, s'ha de girar 180° el disc extern per evitar adherències. posteriorment s'ha de girar a diari.
- No s'ha de col·locar un altre vendatge.
- No s'ha de moure (introduir o treure) la sonda a través del estoma.
- S'ha de mantenir una bona higiene personal (dutxa amb aigua i sabó).
- No es recomana utilitzar cremes ni talc a l'estoma, perquè poden irritar la pell i causar infeccions. Les cremes dificulten que el disc extern es mantingui al seu lloc i poden alterar el material del tub.

Cures després dels 7 dies post inserció:

- Rentar les mans amb aigua i sabó abans de la manipulació de la sonda.
- Sempre que es manipuli la sonda l'hem d'observar amb la finalitat de detectar migracions internes o externes, si la sonda està desallotjada es notificarà al metge o infermera responsable.
- Diàriament el disc cutani s'ha de separar de la base per netejar-lo, airejar-lo i eixugar-lo be amb paper absorbent, rotar-lo 180° e introduir i treure la sonda lleugerament.
- La neteja es realitzarà amb sabó neutre i aigua corrent
- Comprovar que el disc cutani i la sonda tornen a estar al seu lloc després de la neteja (es convenient anotar o senyalitzar la posició de la fixació externa).
- Com a norma general, el disc ha d'estar a uns 2 mm de la pell. El disc es pot tensar o des-tensar depenent del guany o pèrdua de pes del pacient.
- El moment de la higiene s'ha d'aprofitar per inspeccionar la pell i detectar signes d'irritació, valorar possibles fugues de la sonda, integritat cutània al voltant de la sonda i permeabilitat.
- S'ha de mantenir la sonda ben subjectada quan es realitzi la neteja de la pell.
- Passats els 7 o 10 primers dies la zona de la Gastrostomia, la sonda es subjectarà amb la fixació pròpia de la sonda. cal deixar-la sense apòsit oclusiu, només subjectarem la sonda amb esparadrap hipoal·lèrgic en cas de que el pacient sigui portador d'una sonda llarga



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Realitzar rotació de la sonda 180° en ambdós direccions cada dia, durant la higiene. **Fig. 1 i 2.**

Els moviments en espiral i giratori, ja descrits, seran una cura diària aprofitant per fer-los en el moment de la neteja de la zona.

De tant en tant també es convenient girar el suport extern de suport perquè la pell s'airegi. **Fig. 3 i 4.**



Fig. 5

Comprovar l'adequat inflat del globus de la sonda de gastrostomia com a mínim cada mes i preferiblement cada 15 dies

Primer es fixa la roda, després es buida el globus i després s'omple amb aigua destil·lada, no amb sèrum fisiològic, fins al 80% de la seva capacitat total (el rang de volum està indicat pel fabricant de la sonda en la via d'inflat del globus). **Fig 5.**



B. CURES DE LA GASTROSTOMÍA RADIOLÒGICA PERCUTÀNEA (PRG)

Cures des de les 24 hores fins la 3^a-4^a setmana post inserció:



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Netejar l'estoma, el disc extern de silicona i les pèxies, (els "botonets" que rodegen l'estoma Fig 1) també per sota amb sèrum fisiològic, eixugar i desinfectar amb una gasa estèril amb solució de clorhexidina. **Fig 2.**

- La povidona iodada esta contraindicada ja que pot ressecar el material.
- S'ha d'utilitzar una tècnica asèptica (Sèrum Fisiològic i guants) per a la neteja de la zona fins als 7 dies post inserció.
- Col·locar una gasa fina per protegir la zona dels punts. **Fig 3**
- Comprovar cada dia l'estat de la pell. Davant la sospita d'infecció (sortida de pus, mala olor, envermelliment), contactar amb un professional sanitari.
- A les 24 hores de la col·locació, s'ha de girar 180° el disc extern per evitar adherències i posteriorment s'ha de girar a diari.
- En cas de pèrdua de subjecció de la sonda per fallada dels punts de sutura, la sonda es fixa amb un apòsit de fixació abdominal.
- Si les pèxies no haguessin caigut en un període de 15 dies, transcorregudes 2-3 setmanes es tallaran els dos punts de sutura que subjecta la sonda ran de pell sense estirar, per part d'un professional sanitari. La resta del material de fixació que queda internament s'eliminarà de forma espontània per via digestiva **Fig 4.**

Cures després de la 3^a-4^a setmana post inserció:



Fig. 5

- Comprovar cada dia l'estat de la pell. Davant la sospita d'infecció (sortida de pus, mala olor, envermelliment), contactar amb un professional sanitari.
- A partir del mes, una vegada tallats els punts de sutura, girar diàriament la sonda en el sentit de les agulles del rellotge i en sentit contrari (180°), per evitar que quedi adherida a la pell i a la mucosa gàstrica. De tant en tant també és convenient girar el suport extern de suport perquè la pell s'airegi. **Fig 5.**



- Rentar les mans amb aigua i sabó abans de la manipulació de la sonda.
- Sempre que es manipuli la sonda l'hem d'observar amb la finalitat de detectar migracions internes o externes, si la sonda està desallotjada es notificarà al metge o infermera responsable.
- La neteja es realitzarà amb sabó neutre i aigua corrent, eixugant-lo be amb paper absorbent
- Diàriament el disc cutani s'ha de separar de la base per netejar-lo, airejar-lo i eixugar-lo be amb paper absorbent, rotar-lo 180° e introduir i treure la sonda lleugerament.
- Comprovar que el disc cutani i la sonda tornen a estar al seu lloc després de la neteja (es convenient anotar o senyalitzar la posició de la fixació externa).
- Com a norma general, el disc ha d'estar a uns 2 mm de la pell. El disc es pot tensar o des-tensar depenent del guany o pèrdua de pes del pacient.
- El moment de la higiene s'ha d'aprofitar per inspeccionar la pell i detectar signes d'irritació, valorar possibles fugues de la sonda, integritat cutània al voltant de la sonda i permeabilitat.
- S'ha de mantenir la sonda ben subjectada quan es realitzi la neteja de la pell.
- Passats els 7 o 10 primers dies la zona de la Gastrostomia, la sonda es subjectarà amb la fixació pròpia de la sonda. cal deixar-la sense apòsit oclusiu, només subjectarem la sonda amb esparadrap hipoal·lèrgic en cas de que el pacient sigui portador d'una sonda llarga.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL

6.7.3. OSTOMIES RESPIRATÒRIES: TRAQUEOSTOMIA

DEFINICIÓ

La traqueotomia és la comunicació de la tràquea amb l'exterior a través d'un orifici denominat estoma mitjançant una tècnica quirúrgica. Pot ser temporal o permanent. Una cànula de traqueotomia, és el dispositiu que s'utilitza per facilitar l'ús de la via àrea superior. En funció de la patologia que presenta el pacient, les cànules tenen forma i mida diferent. Els materials poden ser silicona i làtex o bé metàl·liques (principalment de plata), l'elecció del material també dependrà de la patologia, durada i preferències del pacient.

Cànula de traqueotomia

Cànula, és un tub corbat amb unes petites aletes perforades a través de les quals fixem la cànula al coll del pacient. Poden incloure globus traqueal per fixar encara més la cànula a la tràquea i evitar l'entrada de secrecions (tenir en compte indicacions fabricant sobre màxima pressió d'inflat) i poden ser fenestrades per facilitar l'entrada de l'aire i ajudar en la fonació del pacient.

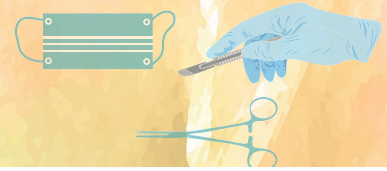


Fig. 1. Cànula de silicona amb globus.



Fig. 2. Cànula de plata.

Camisa interna, és una altra cànula d'inferior diàmetre que s'introdueix a l'interior de la primera amb l'objectiu de netejar taps mucosos o restes hemàtiques, evitant així canviar la cànula sencera.



Fig. 3. Camisa interna de la cànula de silicona.



Fig. 4. Cànula de plata i la seva camisa interna.

Fiador, és el dispositiu que utilitzarem per facilitar la col·locació de la cànula a través de l'estoma del pacient.



Fig. 5. Cànula Silicona amb globus i detall del fiador.



Fig. 6. Cànula Silicona i fiador.



OBJECTIUS

Canvi de la cànula de traqueotomia
Prevenir les possibles complicacions

MATERIAL

- Guants
- Gases estèrils
- Sèrum fisiològic
- Solució desinfectant per a la cànula
- Aigua i sabó
- Escovilló per netejar l'interior de la cànula
- Batea
- Bena de cotó o cinta indicada per al seu ús
- Cànula de traqueotomia
- Apòsit protector estoma (si en tenim a la unitat)
- Lubricant
- Aspirador de secrecions

PREPARACIÓ

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants.

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar-li la tècnica que realitzarem i sol·licitar-li la col·laboració si és possible.
- Posició fowler.
- Prevenir risc de caigudes.

PROCEDIMENT PER CANVIAR LA CÀNULA

1. Preparar la cànula que cal col·locar.
2. Si és necessari, es realitzarà una aspiració de secrecions prèvia abans de retirar la cànula.
3. En cas de cànula amb globus, desinflar el globus amb ajuda d'una xeringa i indicar al pacient si pot col·laborar i realitzi una inspiració profunda.
4. Tallar la bena de subjecció de la cànula.
5. Retirar la cànula que porta.
6. Eixugar bé la zona.
7. Col·locar la cànula nova. (podem fer ús de lubricant per facilitar l'entrada, en estomes recents)
8. Posar gases de protecció o apòsit específic sota la cànula.



9. Subjectar la cànula amb una bena al voltant del coll.
10. Netejar la cànula que hem tret amb aigua i sabó de clorhexidina i un escovilló.
11. Controlar el risc de caiguda adoptant mesures de prevenció si escau.
12. Retirar-se els guants.
13. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

PROCEDIMENT PER CANVIAR LA CAMISA DE LA CÀNULA

1. Preparar recanvi camisa de la cànula.
2. Retirar camisa de la cànula amb suavitat.
3. Si és necessari, es realitzarà una aspiració de secrecions abans de col·locar el nou recanvi.
4. Netejar la zona amb una gasa i solució salina.
5. Netejar la camisa bruta amb sabó de clorhexidina i amb l'ajuda d'un escovilló.
6. Guardar la camisa de recanvi protegida amb gasa estèril dins un envàs per aquest ús.
7. Retirar-se els guants.
8. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

RECOMANACIONS

- Valorar la integritat cutània del voltant de l'estoma.
- Assegurar-nos que sempre estigui ben subjectada i no lesioni ni provoqui punts de pressió.
- Agilitzar el temps en el canvi de cànula per evitar el risc d'espasme, en especial en traqueotomies recents.
- El canvi de les cànules metàl·liques serà diari i quan sigui necessari, el canvi de les cànules de silicona o làtex un cop al mes. (veure indicacions del fabricant)
- El canvi de les camises de les cànules, es pot fer tants cops com sigui necessari.
- Registrar al curs clínic la cura realitzada i les possibles complicacions.

Complicacions de la traqueotomia

- Hemorràgies

En especial en traqueotomies recents, valorar cada cop que es realitzi una aspiració de secrecions, el canvi de la camisa o el recanvi de la cànula completa, si hi ha presència de restes hemàtiques i en quina quantitat. En cas de sagnat abundant, seria convenient la col·locació d'una cànula amb globus i trasllat immediat al servei d'urgències més proper.

- Dispnea

Davant l'acumul de secrecions, hi ha pacients que presenten taps mucosos que s'han d'aspirar o bé provocar que el pacient els expulsi per si mateix mitjançant una nebulització amb solució salina o d'instil·lació d'unes gotes de solució salina.

- Úlceres per pressió i altres lesions.
- Previndrem amb apòsits de protecció les zones exposades a la pressió de la cànula i valorarem a diari la zona.



BIBLIOGRAFIA

- Sarquavita. Manuals y protocols d'infermeria. Lleida: Sarquavita; 2016
- Domus Vi. Manuales y protocolos de enfermería. Barcelona: Domus Vi; 2017
- Hestia Balaguer. Manuals i protocols d'infermeria. Balaguer: Hestia; 2017
- Rahnemai-Azar AA, Rahnemaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, complications and management. **World Journal of Gastroenterology: WJG**. 2014;20(24):7739-7751.
- M.Á.Olalla. Manejo de gastrostomías en Atención Primaria. SEMERGEN. 2008; 34, (4): 177-182.
- Hospital Universitario Donostia. Protocolo de manejo del paciente que va a ser sometido a gastrostomía radiológica percutánea (PRG) para alimentación con nutrición enteral. Donostia. Hospital Universitario Donostia. 2014.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Cuidado y manejo de la ostomía. Investén-isciii. 2009.
- Impulsors de la GBP Cures i maneig de l'ostomia. Guia d'actuació infermera i educació sanitària per a la persona ostomitzada. Hospital Universitari Arnau de Vilanova - Hospital Universitari Santa Maria - Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de Lleida. Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures - BPSO. 2017.
- BARAGANO RIO L. Actuaciones de enfermería frecuentes en las alteraciones respiratorias. Manual del residente de ORL y patología cérvico-facial. Tomo I. Madrid: IM&C; 2002. p. 321-8; 499-546.
- BEARE PG, MYERS JL. Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica. Elsevier España. Barcelona; 1995.
- DHAND R, JOHNSON JC. Care of the chronic tracheostomy. Respir Care. 2006;51(9):984-1001.
- LEWARSKI JS. Long-term care of the patient with a tracheostomy. Respir Care. 2005;50(4):534-7.
- LEE KJ. Otorrinolaringología. Cirugía de cabeza y cuello. 7.ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2002.
- PAUL F. Tracheostomy care and management in general wards and community settings: literatura review. Nurs Crit Care. 2010;15(2):76-85.
- Hospital Universitario Reina Sofia. Manual, protocolos y procedimientos generales de enfermería. Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofia. 2010.
- Fotografies del protocol d'ostomies respiratòries realitzades per Esther Garcia Cuadrat.
- Fotografies del protocol d'ostomies d'eliminació realitzades i cedides per la Consulta d'ostomies de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i la Consulta d'ostomies de l'Hospital Universitari de Santa Maria de Lleida.
- Fotografies del protocol d'ostomies de nutrició cedides per Servei PADES Segrià Nord, Servei socio-sanitari de l'Hospital de Santa Maria GSS Lleida.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



6.8. PROTOCOL PARACENTESI

DEFINICIÓ

Procediment mèdic caracteritzat per una punció quirúrgica feta en una cavitat orgànica (cavitat peritoneal) per evacuar la serositat acumulada (líquid ascític).

OBJECTIUS

- Obtenir mostra del líquid de la cavitat abdominal del pacient amb finalitat diagnòstica.
- Evacuar parcial o totalment la cavitat abdominal del líquid ascític.

MATERIAL

- Antisèptic.
- Batea.
- Contenedor d'objectes punxants.
- Esparadrap.
- Gases estèrils.
- Guants estèrils.
- Bata.
- Mascareta.
- Talla estèril.
- Xeringues de 10 ml.
- Agulles subcutànies, intramuscular i de càrrega.
- Anestèsic local.
- Agulla de Kuss o d'ascites modificada.
- Apòsit estèril.
- Tubs analítics necessaris segons la petició.
- Connexió agulla de Kuss, tub de bulb, receptacles, vacuòmetre i albúmina en cas de ser evacuada.

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Fer signar el consentiment informat segons el Protocol de cada centre.
- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).
- Col·locar el pacient en posició supí o semifowler.
- Mantenir la intimitat del pacient.



- Higiene i desinfecció de la zona. Rasurar, prèviament, si cal, seguint el Protocol corresponent.
- Prevenir el risc de caigudes.
- Disposar de via endovenosa permeable, canalitzar-ne una de nova en cas de no disposar-ne.

PREPARACIÓ DEL PERSONAL

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants.

PROCEDIMENT

- Verificar la correcta identificació del pacient.
- Informar al pacient de la tècnica a realitzar i demanar col·laboració en la mesura que es pugui.
- Col·locar al pacient en posició supí o semifowler.
- Prendre les constants vitals al pacient per poder-les comparar amb les que es tornaran a prendre al final de la tècnica i en les hores posteriors i així fer una valoració de l'estat del pacient observant qualsevol canvi que ens indiqui que es pot produir alguna complicació.
- Col·laborar amb el personal mèdic mentre duri la tècnica.
- Posar-se guants.
- Facilitar el muntatge del camp estèril.
- Asèpsia de la zona.
- En cas de paracentesi diagnòstica: identificar les mostres per remetre al laboratori i, un cop finalitzada la punció, col·laborar en la retirada de l'agulla i aplicar apòsit estèril en el punt de punció. Observar l'estat de l'apòsit en les hores posteriors.
- En cas de paracentesi evacuadora: Una vegada realitzada la punció, connectar el tub de bulb amb la connexió al sistema de buit, ajustant l'aspiració adequada, segons pauta mèdica. Controlar la quantitat drenada i canviar els receptacles cada quan calgui. En retirar el sistema, aplicar apòsit estèril en el punt de punció i observar l'estat de l'apòsit. Mantenir el pacient en repòs durant 1 h, en decúbit supí o lateral dret.
- En aquest cas obrir protocol d'administració de seroalbúmina endovenosa (administració d'una ampolla de seroalbúmina 50 mg al 20 % per cada 2 litres de líquid ascític aspirat, administrant la meitat durant el procés i l'altra meitat 6 h després del procediment).
- Tirar l'agulla al contenidor adient.
- Recollir el material.
- Retirada de guants i higiene de mans.
- Registrar el procediment als registres d'infermeria.
- Prendre les constants vitals i observar el pacient durant les hores posteriors per poder identificar possibles complicacions. Controlar també l'estat de l'apòsit.



RECOMANACIONS



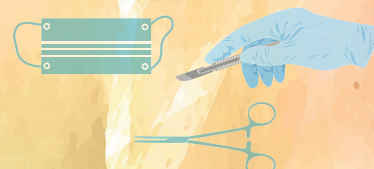
En cas que el pacient estigui sotmès a tractaments anticoagulants o presenti trastorns de la coagulació, es realitzarà una analítica per valorar la realització. Si el tractament anticoagulant està regulat pel servei d'hemostàsia, caldrà fer un control d'hemostàsia previ i s'avisarà al servei corresponent de la possibilitat que se li realitzi una paracentesi. Necessitarem autorització del servei d'hemostàsia per poder realitzar la tècnica.

BIBLIOGRAFIA

1. BALLESTA LÓPEZ FJ, BLANES COMPAN FV, CASTELLS MOLINA M, DOMINGO POZO M, FERNÁNDEZ MOLINA MÁ, GÓMEZ ROBLES FJ, *et al.* *Guía de Actuación de Enfermería: Manual de Procedimientos Generales*. Valencia: Generalitat. Conselleria de Salut; 2007. 428 p.
2. SARGENT S. *The management and nursing care of cirrhotic ascites*. Br J Nurs., febrer 2006;15(4):212-9.
3. PINTO EL, MIRANDA AP. PARACENTESIS (AMF 2014) *Paso a paso*. AMF. 2014;10(6):330-3.
4. SOBOLL A, SCHMUDE J. *Simulating Tourism Water Consumption Under Climate Change Conditions Using Agent-Based Modeling: The Example of Ski Areas*. Ann Assoc Am Geogr., setembre 2011;101(5):1049-66.
5. RUNYON BA. *Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012*. Hepatology, abril 2013;57(4):1651-3.
6. BERNARDI M, CARACENI P, NAVICKIS RJ. *Does the evidence support a survival benefit of albumin infusion in patients with cirrhosis undergoing large-volume paracentesis?* Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 28 desembre 2016;1-2.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL



6.9. PROTOCOL TORACOCENTESI

DEFINICIÓ

Procediment mèdic consistent en l'extracció de líquid de la cavitat pleural, mitjançant la punció quirúrgica de la paret toràcica.

OBJECTIUS

- Obtenir mostra del líquid de la cavitat pleural del pacient amb finalitat diagnòstica.
- Evacuar líquid de la cavitat pleural amb finalitat terapèutica per promoure l'expansió pulmonar, alleugerir la dificultat respiratòria i millorar la ventilació i perfusió pulmonar.

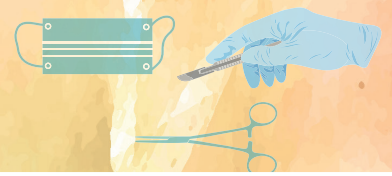
MATERIAL

- Antisèptic.
- Batea.
- Contenedor d'objectes punxants.
- Guants estèrils.
- Gases estèrils.
- Talla estèril.
- Xeringues de diferents mides.
- Agulles subcutànies, intramuscular i de càrrega.
- Agulla de punció pleural amb dispositiu de bioseguretat.
- Apòsit estèril.
- Xeringues de diferents mides.
- Etiquetes identificatives.
- Anestèsic local.
- Ampolles de buit (terapèutica).
- Tubs analítics (diagnòstica).

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).
- Mantenir la intimitat del pacient.
- Col·locar el pacient en la posició adequada: assegut i lleugerament inclinat cap a endavant recolzant els braços en una taula per afavorir la separació dels espais intercostals.
- Higiene i desinfecció de la zona. Rasurar, prèviament, si cal, seguint el Protocol corresponent.



Prevenir el risc de caigudes

- Disposar de via endovenosa permeable, canalitzar-ne una de nova en cas de no disposar-ne.
- Indicar al pacient que durant el procediment eviti tossir, esternudar, moure's o respirar profundament, per no punxionar la pleura visceral o el pulmó.
- Valorar els signes vitals.

Preparació del personal

- Higiene de mans segons Protocol.
- Posar-se guants.

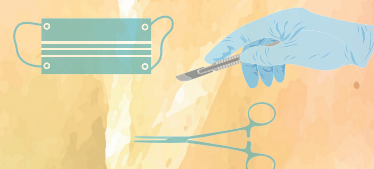
PROCEDIMENT

- Verificar la correcta identificació del pacient.
- Informar al pacient de la tècnica a realitzar i demanar-hi col·laboració en la mesura que es pugui.
- Col·locar el pacient en la posició adequada: assegut i lleugerament inclinat cap a endavant recolzant els braços en una taula per afavorir la separació dels espais intercostals.
- Facilitar el muntatge del camp estèril.
- Asèpsia de la zona.
- Col·laborar amb el personal mèdic mentre duri la tècnica.
- Col·locar un apòsit estèril sobre la zona en acabar la punció.
- Indicar al pacient que descansi sobre el costat no punxionat durant una hora.
- En el cas de toracocentesi diagnòstica: identificar les mostres per remetre al laboratori.
- Retirar el material en els contenidors indicats.
- Retirada de guants.
- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.

RECOMANACIONS

- L'aspiració de líquid pleural no ha d'excedir d'1 litre, ja que existeix un risc d'edema pulmonar.
- En cas que el pacient estigui sotmès a tractaments anticoagulants o presenti trastorns de la coagulació, es realitzarà una analítica per valorar la realització. Si el tractament anticoagulant està regulat pel servei d'hemostàsia, caldrà fer un control d'hemostàsia previ i s'avisarà al servei corresponent de la possibilitat que se li realitzi una toracocentesi. Necessitarem autorització del servei d'hemostàsia per poder realitzar la tècnica.
- Si el pacient no coopera la seva realització està contraindicada.





BIBLIOGRAFIA

1. COMITÉ CIENTÍFICO SEPAR, VILLENA GARRIDO V, BURGUES MAURI C. *Manual SEPAR de procedimientos. Procedimientos en patología pleural I*. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2005. 56 p.
2. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ DE SEPTIEN C, VIEJO BAÑUELOS JL. *Indicaciones de toracocentesis. evaluación diagnóstica del derrame pleural*. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*, gener de 2002;8(80):4311-3.
3. FRÍAS JP, RUIZ EP, MARTÍNEZ PVT. *Aire y líquido en patología pleural*. *An Pediatr Contin*. 2001;54(Supl. 2):23-9.
4. Hospital Universitario Gregorio Marañón. *Documentación de enfermería. Toracocentesis evacuadora*. Madrid: Hospital Universitario Gregorio Marañón; 2011.
5. Hospital Universitario Reina Sofía. *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*. Córdoba: Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía; 2010. 414 p.
6. Hospital Universitario Virgen del Rocío. *Manual de procedimientos generales de enfermería*. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud; 2012. 302 p.
7. MARTINÓN-TORRES F, MARTINÓN-SÁNCHEZ JM. *Toracocentesis y drenaje pleural*. *An Pediatr Contin*. 2003;1(3):159-65.
8. ROMERO CANDEIRA S, HERNÁNDEZ BLASCO L, MARTÍN SERRANO C, PANTALEÓN MÁRQUEZ C, BERNABÉ SÁNCHEZ E. *Toracocentesis diagnóstica y evacuadora*. En: Comité Científico SEPAR, VILLENA GARRIDO V, BURGUES MAURI C, editores. *Manual SEPAR de procedimientos*. Barcelona: Doyma; 2005. p. 5-19.
9. VILLENA-GARRIDO V, FERRER-SANCHO J, HERNÁNDEZ-BLASCO L, DE PABLO-GAFAS A, PÉREZ-RODRÍGUEZ E, RODRÍGUEZ-PANADERO F, et al. *Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural*. *Arch Bronconeumol*. 2006;42(7):349-72.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)

6.10. PROTOCOL DE CURES I MANTENIMENT DEL DRENATGE PLEURAL

DEFINICIÓ

Cures i manteniment del sistema utilitzat per extreure l'acumulació de líquid entre les capes de la membrana que recobreix els pulmons i la cavitat toràcica.

OBJECTIUS

- Proporcionar al pacient les cures necessàries que assegurin la correcta evacuació dels fluids de la cavitat pleural (líquid i/o aire) aconseguint amb això la seva adequada expansió pulmonar i millora del patró respiratori.

MATERIAL

- Guants estèrils.
- Gases estèrils.
- Bata.
- Talla estèril.
- Apòsit estèril.
- Sèrum fisiològic.
- Antisèptic.
- Esparadrap.

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).
- Fomentar la col·laboració del pacient en la mesura de les seves possibilitats.
- Mantenir la intimitat del pacient.
- Prevenir el risc de caigudes.

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants.

PROCEDIMENT

1. Verificar la correcta identificació del pacient.
2. Informar al pacient de la tècnica a realitzar i demanar col·laboració, en la mesura que es pugui.
3. Col·locar el pacient en la posició adequada. Aquesta dependrà de la zona de col·locació del drenatge així com de la tolerància i estat general del pacient.

4. Fer una valoració de l'estat general del pacient:

- Avaluació periòdica dels signes vitals: tensió arterial, temperatura, freqüència cardíaca i freqüència respiratòria.
- Color de la pell i mucoses.
- Sudoració o signes de perfusió.
- Ansietat o insomni.
- Síntomes com dolor toràcic, dispnea, febre, tiratge intercostal...

5. Cures diàries:

Apòsit: canviar l'apòsit en zona punció cada 24 h i quan sigui necessari per embrutiment:

- Retirar apòsit.
- Neteja amb sèrum fisiològic el punt de punció.
- Asèpsia de la zona.
- Inspeccionar la zona per detectar edemes, inflamació, exsudat, crepitacions...
- Col·locar un nou apòsit estèril.

Tub de tòrax:

- Comprovar que el tub no tingui recolzaments i sigui permeable.
- Fixar el tub a la pell del pacient amb esparadrap.
- En cas de sortida accidental del tub de tòrax, aplicar vaselina en la zona d'inserció i col·locar un apòsit semicompressiu.

En els sistemes de drenatge:

- Drenar el líquid quan sigui necessari seguint les instruccions del fabricant depenent del tipus de sistema de drenatge que porti el pacient.
- Comprovar els nivells de líquid de les càmeres.
- Cada 24 h hores es marcarà en l'equip de drenatge (Pleur-evac) la quantitat i característiques de líquid evacuat.
- Comprovar que el sistema de drenatge estigui en posició vertical i sempre per sota del tòrax del pacient.

6. Acomodar el pacient i utilitzar les mesures de fixació adequades al sistema de drenatge per evitar el risc de caigudes del pacient.

7. Recollir el material.

8. Retirada de guants i higiene de mans.

9. Registrar el procediment als registres d'infermeria on consti la quantitat de líquid drenat, l'aspecte, presència o absència de bombolleig i fluctuacions.

Procediment drenatge líquid Sistema PleurX

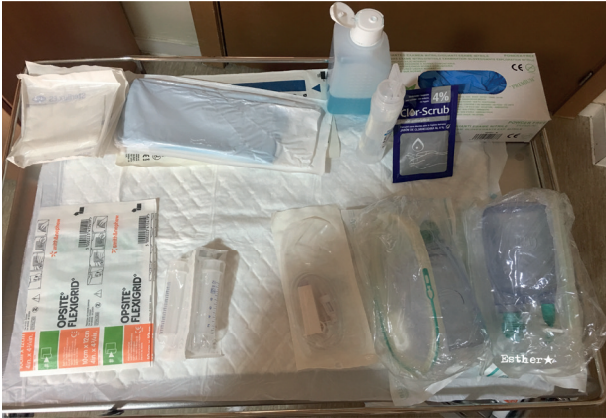


Fig. 1 Carro amb tot el material necessari per realitzar el drenatge a un pacient portador de pleurX.



Fig. 2 Retirada de l'apòsit que el protegeix.

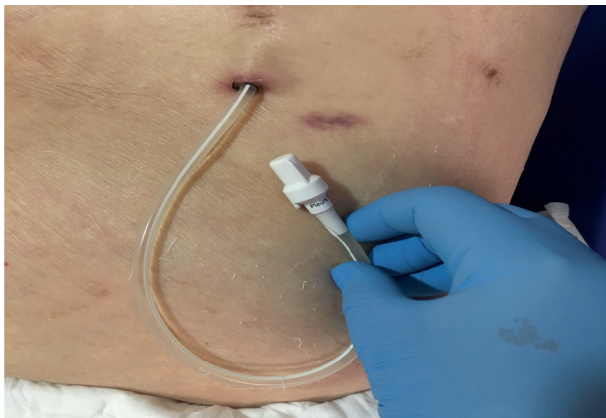


Fig. 3 Observar i valorar estat del punt que manté el catèter subjectat al punt de sortida.



Fig. 4 Muntar el camp estèril.



Fig. 5 Inici de la tècnica agafant les gases amb sabó de clorhexidina.



Fig. 6 Neteja des de l'orifici fins al final del catèter amb sabó de clorhexidina.



Fig. 7 Esbandim amb solució salina el sabó de clorhexidina.



Fig. 8 Connectem allargadera al catèter.



Fig. 9 i 10 Connectem allargadera al tub recol·lector.

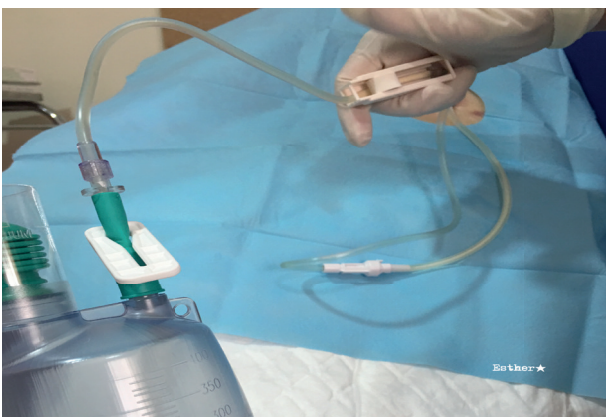


Fig. 11 i 12 Despinçem i regulem velocitat de sortida del líquid.



Fig. 13 Controlar el volum que es recull, pinçar de nou i tancar la clau reguladora de sortida.



Fig. 14 Aplicar apòsit adhesiu transparent. Anotar data de la cura i freqüència de drenatge.



Fig. 15 i 16 Protegir punt de sortida amb gases.

RECOMANACIONS



- No s'han d'extreure més de 1.500 ml de líquid pleural en un període de 30 minuts, ja que es corre el risc de produir un edema pulmonar per atracció de líquids.
- En cas de desconexió del sistema de drenatge, pinçar el drenatge el més pròxim al pacient i corregir la causa.
- Si existeix un increment acusat de drenatge de sang que sigui superior a 1.000 ml/dia s'ha d'avisar el metge.
- En pacients enllitats que no poden deambular, hauran de canviar de posició freqüentment per facilitar l'evacuació.

BIBLIOGRAFIA

1. SARQUAVITAE. *Manuale y protocols d'infermeria*. Lleida: Sarquavitae; 2016.
2. HESTIA BALAGUER. *Manuale i protocols*. Balaguer: Hestia Balaguer; 2017.
3. DOMUS VI. *Manuale y protocolos de enfermeria*. Barcelona: Domus Vi; 2017.
4. RODRIGUEZ M. *Drenaje pleural*. *Notas enferm.* 2010;12(19).
5. MERINO PERALTA, ASUNCIÓN. HERRANZ DORREMOCHEA A. *Dispositivos de drenaje pleural permanente tras cirugía torácica*. *Rev ROL Enf.* 2009;32(5):21-4.
6. AVILÉS SERRANO M, GARCÍA DÍAZ M, JIMÉNEZ GARCÍA E, et al. *Drenaje torácico*. *Rev ROL Enf.* 2007;30(6):42-8.
7. MENDOZA BLANCO, MILTON; GRAELLS P, DELAFUENTE, RAFAEL; DELGADO Z. *Tubos de drenaje torácico: Su manejo correcto en todas las situaciones*. *Rev. Cent. médico.* 1985;24(81):111-26.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)



6.11. PROTOCOL PER A LA RECOLLIDA DE MOSTRES BIOLÒGiques

6.11.1. Recollida de mostres sanguínies

A. MOSTRA DE SANG ARTERIAL

DEFINICIÓ

Obtenció de mostra de sang arterial per analitzar.

OBJECTIU

- Obtenir la quantitat suficient de sang per les determinacions analítiques sol·licitades.

MATERIAL

- Antisèptic.
- Batea.
- Contenidor d'objectes punxants.
- Esparadrap.
- Gases.
- Guants.
- Xeringa de gasometria (xeringa que va heparinitzada i que disposa de tap i agulla). Només en cas de disposar d'aparell de mesura de gasos. Els gasos no son transportables, és te que fer al moment.

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).
- Col·locar el pacient en una posició còmoda.
- Prevenir el risc de caigudes.

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants.

Procediment

1. Verificar la correcta identificació del pacient.
2. Informar al pacient de la tècnica a realitzar i demanar-li col·laboració en la mesura que es pugui, ja que es tracta d'un procediment dolorós.
3. Col·locar el pacient en una posició adient per abordar l'arteria.



4. Seleccionar per palpació l'artèria adequada utilitzant com a primera opció l'artèria radial perquè és la més accessible i amb menys risc postpunció, seguida de l'humeral i la femoral.
5. En el cas d'escollir l'artèria radial, s'ha de col·locar el palmell de la mà en hiperextensió i l'avantbraç recolzat en una superfície plana. S'ha de valorar que la viabilitat de la circulació col·lateral sigui suficient mitjançant el Test d'Allen, que ho demostra mitjançant l'Arc Palmar Superficial. Per fer aquest test, es demana al pacient que obri i tanqui el puny, després d'haver localitzat i comprimit el pols radial i cubital. Després de 5-10 flexoextensions acostuma a aparèixer pal·lidesa isquèmica palmar. Amb la mà del pacient estirada, s'allibera la compressió cubital i es registra el temps necessari perquè reaparegui la coloració palmar habitual. En general, es considera que la circulació col·lateral és adequada si reapareix en menys de 15 segons.
6. Un cop confirmada la circulació col·lateral, localitzar amb els dits índex i mig l'artèria, deixant lliure entre els dits el punt on el pols sigui més intens.
7. Aseptitzar la zona de punció.
8. Eliminar l'aire i l'heparina de la xeringa depenent del tipus de xeringa (si és precarregada no cal).
9. Introduir l'agulla amb un angle de 45° (en artèria radial) o de 90° aproximadament (en artèria humeral), amb el bisell cap amunt, fins que reflueixi la sang de manera pulsativa (en cas que l'èmbol de la xeringa no pugi sol, estirar de l'èmbol suaument). Obtenir 2-3 cc de mostra.
10. En cas de no obtenir mostra o pèrdua de l'arteria, extreure l'agulla fins just després de la pell, canviant l'angle. Mai fer els canvis d'angle en capes profundes de la pell ja que podem lesionar vasos i nervis.
11. Retirar ràpidament l'agulla i mantenir una pressió en el lloc de punció, 5 minuts si no existeix trastorn de la coagulació i 10 minuts en cas que sí que existeixi.
12. Tirar l'agulla al contenidor i posar immediatament el tap a la xeringa eliminant les bombolles d'aire que puguin quedar a l'interior.
13. Etiquetar la xeringa amb el mateix número que la petició.
14. Recollir el material i cursar ràpidament la mostra segons el Protocol.
15. Retirada de guants i higiene de mans.
16. Enregistrar el procediment als registres d'infermeria.



RECOMANACIONS



- Evitar zones que presentin hematomes i/o múltiples puncions.
- Per obtenir resultats de gasometria basal, en cas que el pacient porti oxigenoteràpia, es retirarà l'oxigen segons prescripció facultativa.
- En cas que el pacient estigui sotmès a tractaments anticoagulants o presenti trastorns de la coagulació, es mantindrà la pressió durant 10 minuts i es cobrirà la zona de punció amb un apòsit compressiu.
- Mai rodejar el membre punccionat amb esparadrap fent efecte torniquet.

B. MOSTRA DE SANG VENOSA

DEFINICIÓ

Obtenció de mostra de sang venosa per analitzar.

OBJECTIU

Obtenir la quantitat suficient de sang per les determinacions analítiques sol·licitades.

MATERIAL

- Antisèptic.
- Batea.
- Contenedor d'objectes punxants.
- Esparadrap.
- Torniquet o compressor.
- Gases.
- Guants.
- Tubs analítics necessaris segons la petició.
- Palometa o sistema de doble bisell i Vacutainer® en cas de fer-ho amb el mètode del buit.
- Agulla endovenosa i xeringues, en cas de fer-ho amb mètode de xeringa.

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.



- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).
- Col·locar el pacient en una posició còmoda.
- Prevenir el risc de caigudes.

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants.

PROCEDIMENT

1. Verificar la correcta identificació del pacient.
2. Informar al pacient de la tècnica a realitzar i demanar col·laboració, en la mesura que es pugui.
3. Comprovar les determinacions analítiques que se sol·liciten per veure la quantitat de sang necessària segons els tubs.
4. Identificar els tubs amb les dades del pacient i el número de petició (codis de barres de la petició).
5. Col·locar al pacient en una posició adient per abordar l'extracció sanguínia, amb el braç en hiperextensió.
6. Seleccionar la vena per la venopunció tenint en compte la quantitat de sang necessària i l'estat de les venes.
7. Posar-se els guants.
8. Antisèpsia de la zona. Deixar assecar la pell.
9. Col·locar el torniquet/compressor 10-15 cm per damunt del punt de venopunció.
10. Es realitzarà de la forma següent segons el sistema escollit:
 - Sistema amb xeringa: col·locar l'agulla endovenosa a la xeringa, fixar la vena amb el dit polze i introduir-la amb una inclinació de 20-30° en direcció al retorn venós. Si es produeix retorn venós a l'agulla, amb la mà no dominant estabilitzar l'agulla i la xeringa estirant l'èmbol amb la mà dominant per extreure la sang necessària (aspirar suaument per evitar hemòlisi i col·lapse de les venes).
 - Sistema amb buit: col·locar el Vacutainer® a l'agulla o a la palometa. Fixar la vena amb el dit polze i introduir-la amb una inclinació de 20-30° en direcció al retorn venós. Si es produeix retorn venós a l'agulla, amb la mà no dominant estabilitzar l'agulla i el Vacutainer®, mentre que amb la mà dominant es pressiona el tub d'analítica fins que es perfori.
11. Retirar el torniquet/compressor i l'agulla quan la sang ja fluïxi.
12. Emplenar els tubs fins al nivell necessari invertint tres o quatre cops cada tub.
13. Pressionar sobre la zona de punció amb una gasa fins que finalitzi el sagnat.
14. Llençar el material punxant al contenidor de residus adient.
15. Recollir el material i cursar la mostra segons el Protocol.
16. Retirada de guants i higiene de mans.
17. Enregistrar el procediment als registres d'infermeria.



RECOMANACIONS



- Evitar zones que presentin hematomes i/o múltiples puncions.
- En cas que el pacient porti serumteràpia, és preferible elegir el braç oposat.
- Emplenar els tubs amb la sang necessària (fins arribar a la marca i acabar el buit), fent primer el tub de plasma citrat, segon el de sèrum i després la resta. Un cop emplenats invertir-los vàries vegades perquè la sang i l'anticoagulant es barregin.
- No punccionar les fístules arteriovenoses (FAVI) ni en braços on s'han realitzat mastectomies ja que tenen compromès el retorn venós.
- En cas que el pacient estigui sotmès a tractaments anticoagulants o presenti trastorns de la coagulació, es mantindrà la pressió durant més estona.

C. HEMOCULTIUS

DEFINICIÓ

Extracció d'una o vàries mostres sanguínies venoses d'una vena sense canalitzar.

OBJECTIUS

- Obtenir la quantitat suficient de sang per fer l'estudi microbiològic i així poder determinar el microorganisme responsable del procés infecciós.

MATERIAL

- Antisèptic.
- Batea.
- Contenedor d'objectes punxants.
- Esparadrap.
- Torniquet o compressor.
- Gases estèrils.
- Guants.
- Recipients específics per fer hemocultius (aeròbics i anaeròbics).
- Palometa o sistema de doble bisell i Vacutainer®, en cas de fer-ho amb el mètode del buit.
- Agulla endovenosa i xeringues, en cas de fer-ho amb mètode de xeringa.
- Petició de l'analítica.



PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).
- Col·locar el pacient en una posició còmoda.
- Prevenir el risc de caigudes.

Preparació del personal

- Higiene de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants.

PROCEDIMENT

1. Verificar la correcta identificació del pacient.
2. Informar al pacient de la tècnica a realitzar i demanar col·laboració, en la mesura que es pugui.
3. Identificar els recipients amb les dades del pacient i el número de petició (codis de barres de la petició).
4. Col·locar al pacient en una posició adient per abordar l'extracció sanguínia, amb el braç en hiperextensió.
5. Seleccionar la vena per la venopunció tenint en compte la quantitat de sang necessària i l'estat de les venes.
6. Desinfectar els taps de goma amb alcohol iodat. Deixar assecar un minut.
7. Antisèpsia de la zona, desinfectant la zona, uns 10 cm de diàmetre, amb antisèptic fent moviments circulars, començant al punt de venopunció cap a fora. Deixar assecar la pell.
8. Col·locar el torniquet/compressor 10-15 cm per damunt del punt de venopunció.
9. Posar-se els guants estèrils.
10. Es realitzarà de la forma següent segons el sistema escollit:
11. Sistema amb xeringa: col·locar l'agulla endovenosa a la xeringa, fixar la vena amb el dit polze i introduir-la amb una inclinació de 20-30° en direcció al retorn venós.
 - Si es produeix retorn venós a l'agulla, amb la mà no dominant establir l'agulla i la xeringa estirant l'èmbol amb la mà dominant per extreure la sang necessària (aspirar suaument per evitar hemòlisi i col·lapse de les venes). Amb aquest sistema primer s'ha d'emplenar amb 10 cc el recipient anaerobi i després amb 10 cc més el recipient aerobi.
 - Sistema amb buit: col·locar el Vacutainer® a l'agulla o a la palometa. Fixar la vena amb el dit polze i introduir-la amb una inclinació de 20-30° en direcció al retorn venós. Si es produeix retorn venós a l'agulla, amb la mà no dominant establir l'agulla i el Vacutainer®, mentre que amb la mà dominant es pressiona el tub d'analítica fins que es perfori. Amb aquest sistema existeixen dues opcions: emplenar primer amb 10 cc el recipient anaerobi i després amb 10 cc més el recipient aerobi en cas d'utilitzar agulla o a l'inrevés, primer amb



10 cc el recipient aerobi i després amb 10 cc més el recipient anaerobi en cas de fer servir palometa.

11. Retirar el torniquet/compressor i l'agulla quan la sang fluexi.
12. Pressionar sobre la zona de punció amb una gasa fins que finalitzi el sagnat.
13. Llençar el material punxant al contenidor de residus adient.
14. Recollir el material i cursar la mostra segons protocol. Conservació a temperatura ambient.
15. Retirada de guants i rentat de mans.
16. Enregistrar el procediment als registres d'infermeria.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL

6.11.2. Recollida de mostres d'una úlcera per pressió

DEFINICIÓ

Obtenir una mostra d'una úlcera per pressió (UPP).

OBJECTIUS

- Realitzar un cultiu d'una UPP que se sospita que pugui estar infectada.
- Obtenir la mostra correctament per a la prova sol·licitada.

MATERIAL NECESSARI

Aspiració percutània:

- Guants.
- Gases estèrils.
- Clorhexidina o Povidona iodada.
- Xeringa estèril.
- Agulla IM (0,8 mm x 40 mm).
- Sèrum fisiològic.
- Material de cures prescrit.
- Mitjà de transport.
- Etiquetes identificatives.

Biòpsia tisular:

- Guants.
- Gases estèrils.
- Clorhexidina o Povidona iodada.
- Xeringa estèril.
- Agulla IM (0,8 mm x 40 mm).
- Bisturí.



- Pines.
- Material de cures prescrit.
- Mitjà de transport.
- Etiquetes identificatives.

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment que se li realitzarà i com pot col·laborar si està conscient.
- Prevenir risc de caigudes.
- Col·locar-lo en la posició més adequada per a la presa de la mostra.

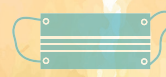
Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Col·locar-se guants.

PROCEDIMENT

Aspiració percutània:

1. Destapar UPP.
2. Desinfectar la pell periulceral amb clorhexidina o povidona iodada al 10 %.
3. Netejar de forma concèntrica aquesta zona.
4. Deixar eixugar per tal que la clorhexidina o povidona iodada exerceixi la seva acció anti-sèptica.
5. La punció es realitzarà a través de la pell periulceral íntegra, seleccionant el costat de la lesió amb major presència de teixit de granulació o amb absència d'esfacels.
6. Realitzar una punció-aspiració amb la xeringa i agulla, mantenint una inclinació aproximada de 45° i aproximant-se al nivell de la paret de la lesió. En processos no supurats preparar la xeringa amb mig ml de sèrum fisiològic per injectar i aspirar.
7. Dipositar la mostra obtinguda en el mitjà de transport.
8. Etiquetar la mostra.
9. Curar la UPP.
10. Retirar-se els guants.
11. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
12. Enviar la mostra al més aviat possible al laboratori.



Biòpsia tisular:

1. Destapar UPP.
2. Netejar la UPP amb sèrum fisiològic.
3. Pintar amb clorhexidina o povidona iodada al 10 % la zona seleccionada.
4. Amb ajut d'unes pinces i un bisturí desbridat quirúrgicament una mostra de teixit de la zona que mostra signes d'infecció. Les mostres líquides s'obtingen per aspiració amb xeringa i agulla.
5. Dipositar la mostra obtinguda en el mitjà de transport.
6. Etiquetar la mostra.
7. Curar UPP.
8. Retirar-se guants.
9. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
10. Enviar la mostra al més aviat possible al laboratori.

RECOMANACIONS

- Col·locar-se guants per manipular les mostres.
- Comprovar que els recipients per enviar les mostres estiguin ben identificats abans d'enviar-los al laboratori.
- Registres: anotar en història clínica el dia de la recollida de la mostra i el mètode utilitzat.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL

6.11.3. Recollida d'exsudat

DEFINICIÓ

Obtenir mostres biològiques per analitzar.

OBJECTIUS

- Realitzar frotis per cultivar.
- Obtenir les mostres correctament per la prova sol·licitada.

MATERIAL

- Guants.
- Escovilló.
- Etiquetes identificatives.
- En el frotis de ferides: gases estèrils, material de cures prescrit.
- Aigua estèril o sèrum fisiològic.



PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment que se li realitzarà i demanar-li col·laboració, si pot.
- Mantenir la intimitat del pacient.
- Prevenir risc de caigudes.

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Col·locar-se els guants.

Procediment

1. Verificar la correcta identificació del pacient.
2. Informar al pacient de la tècnica a realitzar i demanar col·laboració en la mesura que es pugui.

Frotis ferides quirúrgiques i cròniques:

1. Destapar ferida.
2. Rentar la zona al voltant de la ferida amb solució neutra i aclarir-la amb solució salina abundant si la ferida és molt bruta. Netejar l'excés d'exudat amb solució salina.
3. En cas d'existir exsudat purulent, rebutjar-lo.
4. No fregar la ferida amb força.
5. Aspirar l'exsudat amb xeringa i utilitzar l'escovilló com a medi de transport.
6. Dipositar escovilló en recipient.
7. Etiquetar tub.
8. Curar ferida i tapar.
9. Retirar-se els guants.
10. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
11. La mostra s'ha de remetre immediatament al laboratori, en cas que això no sigui possible mantenir la mostra a temperatura ambient (preferiblement en una estufa a 35-37°C) durant un temps màxim de 2 hores.

Frotis nasal:

1. Passar escovilló per les fosses nasals fent moviment rotatori.
2. Dipositar escovilló en el recipient.
3. Etiquetar tub.
4. Retirar-se els guants.
5. Higiene de mans.
6. La mostra s'ha de remetre immediatament al laboratori, en cas que això no sigui possible mantenir la mostra a temperatura ambient durant un temps màxim de 2 hores o 24 hores a la nevera.



Frotis òtic:

1. Netejar l'oïda externa amb sèrum fisiològic.
2. Introduir amb suavitat l'escovilló al conducte auditiu i prendre la mostra tocant o aspirant el fluid en el cas d'un abscess.
3. Etiquetar tub.
4. Retirar-se els guants.
5. Higiene de mans.
6. És necessari un escovilló per a cada oïda amb mitjà de transport estàndard.
7. La mostra s'ha de remetre immediatament al laboratori, en cas que això no sigui possible mantenir la mostra a temperatura ambient durant un temps màxim de 2 hores o 24 hores a la nevera.

Frotis faringi:

1. Sota visió directa, amb ajuda d'un depressor lingual, tocar amb l'escovilló totes les parts que presentin exsudat, membranes o inflamació. Cal tocar bé les criptes tonsil·lars i la faringe posterior.
2. No tocar mai la mucosa oral o la llengua.
3. Amb un sol escovilló és suficient.
4. Etiquetar tub.
5. Retirar-se els guants.
6. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
7. És necessari un escovilló per a cada oïda amb mitjà de transport estàndard.
8. La mostra s'ha de remetre immediatament al laboratori, en cas que això no sigui possible mantenir la mostra a temperatura ambient durant un temps màxim de 2 hores o 24 hores a la nevera.

Frotis axil·lar:

1. Desvestir el pacient, només la zona necessària.
2. Passar escovilló per axelles.
3. Etiquetar tub.
4. Retirar-se els guants.
5. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
6. La mostra s'ha de remetre immediatament al laboratori, en cas que això no sigui possible, mantenir la mostra a temperatura ambient durant un temps màxim de 2 hores o 24 hores a la nevera.



RECOMANACIONS



- Humidificar l'escovilló amb sèrum fisiològic o aigua estèril abans de la recollida de la mostra axil·lar i nasal.
- Comprovar que el recipient estigui ben identificat abans d'enviar-lo al laboratori.
- Assegurar-nos que l'escovilló estigui ben tancat.
- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures si s'escau.
- Registre: anotar a la història clínica el dia de recollida de la mostra.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL

6.11.4. Recollida mostra d'esput

DEFINICIÓ

Obtenció d'una mostra d'esput per analitzar-la.

OBJECTIUS

- Realitzar un cultiu de l'esput.
- Obtenir les mostres correctament per la prova sol·licitada.

MATERIAL

Pacient col·laborador:

- Guants.
- Pot estèril de boca ampla.
- Etiquetes identificatives.
- Mocadors de paper.

Pacient no col·laborador:

- Guants.
- Pot estèril.
- Aspirador.
- Sonda d'aspiració.
- Sèrum fisiològic.
- Gases.
- Escovilló.
- Etiquetes identificatives.



PREPARACIÓ

Preparació del pacient:

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment que se li realitzarà i demanar-li col·laboració.
- Prevenir risc de caigudes.

Preparació del personal:

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Col·locar-se guants.

PROCEDIMENT

Pacient col·laborador:

1. A primera hora del matí cal que el pacient es renti la boca amb solució salina abans d'expectorar i proporcionar-li un pot estèril, mocadors de paper i estimular-lo perquè tussi: entrenar-lo perquè realitzi respiracions profundes i provoqui així tos productiva i no sols saliva.
2. Si és necessari realitzar-li clàpping per ajudar-lo.
3. Indicar al pacient que un cop obtinguda la mostra ens avisi immediatament.
4. Si porta traqueotomia recollir la mostra amb escovilló segons el protocol de recollida de frotis.
5. En el cas de no produir-se l'expectoració espontània pot induir-se amb un nebulitzador de sèrum fisiològic estèril (15 ml durant 10 min).

Pacient no col·laborador:

1. Connectar l'equip d'aspiració.
2. Procedir a l'aspirat de secrecions.
3. Quan s'hagin aspirat part de les secrecions parar la succió abans de retirar la sonda per tal que part d'aquestes quedin a la sonda d'aspiració.
4. Dipositar la mostra obtinguda en el pot estèril.

En els dos casos:

1. Controlar el risc de caiguda adoptant mesures si s'escau.
2. Tapar correctament el pot de la mostra.
3. Etiquetar-lo.
4. Enviar la mostra el més aviat possible al laboratori.
5. En cas d'haver utilitzat aspirador procedir a la neteja i emmagatzematge d'aquest.
6. Retirar-se els guants.
7. Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.



RECOMANACIONS



- Assegurar-nos que la mostra obtinguda no és merament saliva.
- És necessari un volum mínim de 2 a 10 ml (si se sol·licita recerca de micobacteris sempre 10 ml).
- La mostra s'ha de remetre al laboratori abans de 2 hores o refrigerar a 4° C durant un temps màxim de 24 hores.
- Col·locar-se guants per manipular les mostres.
- Comprovar que les mostres estiguin ben identificades abans d'enviar-les al laboratori.
- En cas de recollida amb escovilló, assegurar-nos que el recipient estigui ben tancat.
- Registre: anotar en història clínica dia de la recollida i aspecte de la mostra.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL

6.11.5. Recollida de mostres d'orina

A. AMB SONDATGE VESICAL

DEFINICIÓ

Obtenció d'una mostra d'orina suficient a través de la sonda als pacients portadors de sondatge vesical.

OBJECTIUS

- Realitzar anàlisi i/o cultiu d'orina.
- Obtenir les mostres correctament per a la prova sol·licitada.

MATERIAL

- Guants.
- Recipient d'orina estèril.
- Pinça de Kocher.
- Agulla estèril.
- Xeringa de 20 ml estèril.
- Antisèptic aquós.
- Gases.
- Etiqueta d'identificació.



PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient
- Explicar al pacient el procediment que se li realitzarà i com pot col·laborar (si està conscient).
- Prevenir risc de caigudes.
- Pinçament de la bossa prèviament a la recollida.
- Col·locar el pacient en una posició adequada.
- Preservar la intimitat durant la realització del procediment.

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Col·locar-se els guants.

PROCEDIMENT

1. Desinfecció de la zona de punció (dispositiu específic per la presa de mostres) amb povidona iodada i esperar que s'eixugui 1 a 3 minuts.
2. S'extreu 20 ml d'orina mitjançant la punció en la zona pintada.
3. Buidament del contingut de la xeringa al recipient estèril evitant el contacte amb les mans.
4. Despinçament de la bossa i identificació de la mostra.
5. Rentar les restes de povidona iodada.
6. Controlar el risc de caiguda adoptant mesures si s'escau.
7. Retirar els guants i higiene de mans.
8. Portar la mostra al laboratori el més aviat possible o nevera un màxim de 24 hores.

RECOMANACIONS

- No recollir mai la mostra d'orina de la bossa.
- No desconnectar mai la bossa de la sonda per recollir una mostra.
- Comprovar la identificació de les mostres abans de cursar-les al laboratori.
- Col·locar-se guants per a manipular les mostres.
- Anotar la data de recollida de la mostra i les possibles incidències en la fulla de curs clínic.





B. SENSE SONDATGE VESICAL

DEFINICIÓ

Obtenció d'una mostra d'orina (20 cc) per micció.

OBJECTIUS

- Realitzar una anàlisi i/o cultiu d'orina.
- Obtenir les mostres correctament per a la prova sol·licitada.

MATERIAL

- Guants.
- Recipient d'orina estèril.
- Material necessari per realitzar la higiene de genitals.
- Etiqueta d'identificació.
- Orinal pla o ampolla.

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment que se li realitzarà i com pot col·laborar (si està conscient).
- Prevenir risc de caigudes.
- Col·locar el pacient en una posició adequada.
- Preservar la intimitat durant la realització del procediment.

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Col·locar-se guants.

PROCEDIMENT

1. Acompanyar el pacient al bany si és autònom o col·locar l'orinal pla si el pacient està enllitat.
2. Realitzar higiene de genitals segons protocol.
3. Obrir recipient, procurant que les vores no toquin res per evitar la contaminació de la mostra.
4. No utilitzar el primer raig de micció i sense parar recollir en el recipient un mínim de 20 ml.
5. Deixar que finalitzi la micció a l'orinal pla, ampolla o vàter.
6. Tancar el recipient.
7. Retirar l'orinal pla, si està enllitat.



8. Controlar el risc de caiguda adoptant mesures si s'escau.
9. Retirar els guants i higiene de mans.
10. Etiquetar la mostra i avisar al servei de recollida corresponent per portar-la immediatament al laboratori o a nevera durant un màxim de 24 hores.

RECOMANACIONS



- Per evitar contaminació és necessari realitzar una correcta higiene de genitals i utilitzar els recipients apropiats.
- Realitzar la recollida a primera hora del matí, tenint en compte que almenys hagi transcorregut 4 hores des de l'última micció.
- Si el pacient és autònom afavorir la seva independència per a recollir la mostra, però estant present per ajudar-lo.
- Comprovar que els recipients estan identificats abans d'enviar-los al laboratori.
- Col·locar-se guants per a manipular les mostres.
- Anotar la data de recollida de la mostra i les incidències sobre la recollida en el curs clínic.

ESPECIFICACIONS PER A LA RECOLLIDA D'ORINA 24 HORES:

- Començar a recollir l'orina el dia abans d'entregar la mostra.
- La primera orina del matí després de llevar-se (entre les 7 i les 8 hores) no es recull.
- A partir d'aquest moment s'ha de recollir tota l'orina que faci el pacient durant el dia i la nit.
- La primera orina del matí (entre les 7 i les 8 hores) del dia que ha d'entregar la mostra, sí que s'ha de recollir i incloure-la per analitzar.
- Consultar prèviament al laboratori per si cal afegir algun tipus de conservant al contenidor d'orina.
- Durant el temps de recollida de la mostra el contenidor d'orina s'ha de guardar a la nevera.



6.11.6. Recollida de mostres fecals

DEFINICIÓ

Obtenció d'una mostra de femta.

OBJECTIUS

- Realitzar una anàlisi i/o cultiu de femta.
- Obtenir les mostres correctament per a la prova sol·licitada.

MATERIAL

- Guants.
- Recipient (el més idoni és el pot estèril amb cullereta).
- Espàtula o depressor.
- Orinal pla.
- Etiqueta d'identificació.
- Escovilló (en cas de mostra escassa o manca de deposició).
- Xeringa (en cas de femta líquida).

PREPARACIÓ

Preparació del pacient

- Identificació del pacient.
- Explicar al pacient el procediment a realitzar i com pot col·laborar (si està conscient).
- Prevenir risc de caigudes.
- Col·locar un orinal pla si el pacient està enllitat. Si el pacient és autònom i pot col·laborar se li explicarà que ha de fer la deposició a l'orinal pla, no al vàter, per a poder recollir la mostra.
- Preservar la intimitat del pacient mentre realitza la deposició.

Preparació del personal

- Efectuar la higiene de mans segons el Protocol.
- Posar-se guants.

PROCEDIMENT

1. Si la deposició és sòlida, recollir amb una espàtula una mostra de la femta de la cunya.
2. Si la deposició és líquida, recollir amb una xeringa uns 5-10 ml de la part més mucosa i sanguinolenta.
3. Identificar la mostra.
4. Retirar els guants i higiene de mans.



PER A COPROCULTIU

- Recollir la mostra al pot estèril amb cullereta. Si la mostra no és suficient s'utilitza l'escovilló i si no hi ha hagut deposició s'introdurà l'extrem de l'escovilló a l'anús, guardant-lo a continuació en el seu envàs.
- Identificar la mostra.
- Retirar els guants i higiene de mans.
- Enviar al més aviat possible al laboratori.

RECOMANACIONS



- Controlar el risc de caiguda adoptant mesures si s'escau.
- Per evitar les mostres mal recollides és necessari utilitzar els recipients adequats.
- Obtenir quantitat suficient de la mostra (sempre inferior a ½ pot de recollida).
- Si el pacient és autònom s'ha d'afavorir la seva independència i recollir la mostra una vegada realitzada la deposició.
- Col·locar-se guants per a manipular les mostres.
- Comprovar que els recipients estan identificats abans d'enviar-los al laboratori.
- Si es recull la mostra amb un escovilló i es tracta d'un escovilló amb mitjà de transport, fer pressió sobre la zona de l'envàs destinada per a tal finalitat (ampolla).
- Conèixer aliments i fàrmacs que poden alterar el resultat i enviar anotat al laboratori.
- Guardar les mostres a la nevera.
- Anotar al curs clínic la data de la recollida de la mostra, tipus de deposició, coloració de la femta i les incidències sobre la recollida.
- Per a la determinació de sang oculta en femta és aconsellable recollir 3 mostres seriadades de 3 dies consecutius.

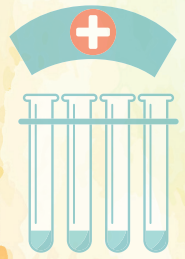
BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE G, BLANCO J, CASTELLANOS M, GOLAN D. *Gasometría arterial*. 2003.
2. ANGUERA C, CAULA J, CASTILLO J, GAITANO A, LLAUGER M, PASTOR E, et al. *Malaltia pulmonar obstructiva. Guies de pràctica clínica*. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2012. 94 p.
3. BAILÉN GARCÍA MC. *Obtención de sangre mediante punción venosa*. Temas para la Educ. 2009 (4).
4. BALBÀ VM, GÓMEZ F. *Revisión del protocolo de extracción de hemocultivos en el Hospital Sierrallana*. (Periodo 2009-2010). Nuberos Científica. 2011;2(1): 30-5.
5. BALLESTA LÓPEZ FJ, BLANES COMPAÑ FV, CASTELLS MOLINA M, DOMINGO POZO M, FERNÁNDEZ MOLINA MÁ, GÓMEZ ROBLES FJ, et al. *Guía de Actuación de Enfermería: Manual de Procedimientos Generales*. Valencia: Generalitat. Conselleria de Salut; 2007. 428 p.
6. CASTILLO DE LA ROSA E, GIMÉNEZ LATRE E. *Obtención de muestras de sangre para hemocultivos*. *Metas de Enfermería*. 2003;6(55): 19-22.
7. CASTRO TORRES AM. *Manual de procedimientos de enfermería*. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. 539 p.
8. CLINICAL AND LABORATORY STANDARDS INSTITUTE. *Collection of diagnostic venous blood specimens*. Wayne, PA; 2017. 86 p.
9. DROVE TT, PÉREZ MB, PUYUELO MG, SANTOS AMPUERO MÁ. *Comparación de tres métodos de extracción de sangre para gasometrías arteriales de forma indirecta*. *Nurs (Ed española)*. mayo de 2006;24(5): 62-6.
10. Fundación para la formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. *Gasometría arterial: Indicaciones, técnica de realización*. [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.ffis.es/volviendoalobasico/1_gasometra_arterial_indicaciones_tecnica_de_realizacin.html
11. GARCÍA LÓPEZ F, PASTOR MARTÍNEZ I, MUÑOZ JIMENEZ A ISABEL, LÓPEZ SÁNCHEZ I, PIQUERAS CARRIÓN AM, MARTÍNEZ MORCILLO L, et al. *Protocolo de hemocultivos*. Sescam. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2011.
12. GILBERT R. *Obtaining a catheter specimen of urine*. *Nurs Times*. 2006;102(19): 22-3.
13. SMITH SF, DUELL DJ, MARTIN BC. *Técnicas de enfermería clínica: De las técnicas básicas a las avanzadas*. Madrid: Pearson Educación; 2009.
14. Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. *Protocolo para la extracción de hemocultivos*. Sevilla: Hospital Universitario VALME. Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología PROTOCOLO; 2011.

INDEX GENERAL

GRUP DE TREBALL

Prevenció d'infeccions específiques



7.1. PROTOCOL DE PREVENCIÓ D'INFECCIONS ESPECÍFIQUES

Existeixen diferents situacions d'infecció i colonització que requereixen unes mesures específiques per evitar el contagi. Aquestes mesures van destinades a evitar la transmissió dels agents infecciosos per: contacte, gotes i aire.

En el següent quadre elaborat per la Comissió d'Infeccions de l'Hospital Universitari Santa Maria, es poden veure segons el tipus d'infecció, les precaucions que s'han de seguir i la durada aproximada de l'aïllament.



PRECAUCIONS D'AÏLLAMENT PER EVITAR LA TRANSMISSIÓ D'AGENTS INFECCIOSOS



TIPUS D'INFECCIÓ I DURADA DE LES PRECAUCIONS DE LES INFECCIONS MÉS HABITUALS

TIPUS INFECCIÓ	CON-TACTE	GOTES	AIRE	DURA-DA
Abscés gran o drenatges de ferides que no es poden cobrir	*			DM
Conjuntivitis vírica aguda	*			DM
Diftèria cutània	*			
Infeccions o colonitzacions amb bacteris multiresistents (SARM), Acinetobacter baumannii, Enterococs, Enterobacter, BLEE (Klebsiella, E. coli) Pseudomonas	*			CN
Gastroenteritis per E. coli enterotoxigènica, Rotavirus, Hepatitis A i Sigel·losis en pacient incontinent (o sospita)	*			DM
Infeccions entèriques per Clostridium difficile i Norovirus	*			DM
Herpes simple mucocutani, disseminat o primari greu	*			DM
Escabiosi	*			24 h
Impetigen	*			24 h
Pediculosi (pells)	*			24 h
Grip (és recomanable vacunar el personal sanitari)	*	*		5 D
SARS	*	*	*	DM
Febre hemorràgica vírica	*	*		DM
Adenovirus (pneumònia) Rinovirus (secrecions abundants)	*	*		DM
Meningitis per Haemophilus influenzae		*		24 h
Meningitis per Neisseria meningitidis (meningocòccica) o sospita		*		24 h
Meningococcèmia (sèpsia meningocòccica) o sospita		*		24 h
Parvovirus B19 (eritema infecciós)		*		DM
Parotiditis (és recomanable vacunar el personal sanitari)		*		9D
Pneumònia meningocòccica		*		DM
Pneumònia per Mycoplasma (pneumònia atípica primària)		*		DM
Rubèola (o sospita)		*		7D
Tosferina (Bordetella pertussis) o sospita		*		5D
Herpes zòster disseminat (o localitzat en pacient immunodeficient)	*		*	
Tuberculosi pulmonar, laríngia o bronquial (o sospita)			*	3BN
Varicel·la, xarampió	*		*	4D

Elaborat per la Comissió d'infeccions de l'Hospital Universitari Santa Maria (3 febrer 2017).



7.1.1. Precaucions per evitar la transmissió per contacte

FINALITAT

Reduir el risc de transmissió per contacte directe (mans, pell del pacient) o indirecte (superfícies, material que rodeja el pacient).

APLICACIÓ

S'utilitzaran afegides a les precaucions estàndard en pacients amb confirmació o sospita d'estar infectats o colonitzats per microorganismes epidemiològicament importants que es transmeten per contacte.

NORMES

Ubicació del pacient:

- Habitació individual. L'aïllament en habitació individual és obligat en cas de colonització o infecció de les vies respiratòries, per a aquells malalts amb úlceres o ferides i en els que presentin alteracions de conducta. En aquests casos, la porta de l'habitació ha de romandre tancada i hi ha d'haver un cartell informatiu sobre el tipus de precaucions i les principals mesures que cal prendre.
- Si no es disposa d'habitació individual, els pacients colonitzats/infectats poden compartir habitació amb pacients amb el mateix tipus de germen (cohorts) o amb pacients no infectats/colonitzats que no tinguin lesions cutànies ni siguin portadors de sondes ni catèters.
- S'informarà el pacient i la família del motiu i la finalitat de l'aïllament. Explicarem al pacient i la família les normes generals d'aquest tipus d'aïllament.

Tractament tòpic i sistèmic:

El tractament es realitzarà segons el protocol de cada centre.

Aplicació de solució alcohòlica o rentat antisèptic de mans:

Segons els cinc moments de l'Organització Mundial de la Salut (OMS):

- Abans del contacte directe amb el pacient.
- Abans de fer-li una tècnica asèptica o de manipular un dispositiu invasiu, malgrat l'ús de guants.
- Després d'haver tingut contacte amb algun fluid o secreció corporal.
- Després d'haver tingut contacte amb el pacient.
- Després d'haver tingut contacte amb l'ambient inanimat del voltant del pacient.

Guants:

A més de l'ús indicat en les precaucions estàndard, cal usar guants sempre que s'entri en contacte amb el pacient o el seu entorn immediat:



- Nets en entrar a l'habitació. Estèrils quan es manipuli sobre llocs corporals normalment estèrils i d'exploració en altres casos.
- Canviar-se'ls després del contacte amb material infecciós.
- Treure-se'ls abans de sortir de l'habitació.

Bata:

- Utilitzar-la en entrar a l'habitació (no cal que sigui estèril).
- Treure-se-la abans de sortir de l'habitació.
- Es pot utilitzar la mateixa durant un torn de treball.
- Hauran d'estar penjades individualment.

Higiene del malalt:

En cas d'haver de descolonitzar malalts infectats o colonitzats per bacteris multiresistents, s'ha d'usar sabó antisèptic de clorhexidina mentre sigui positiu, sempre que la situació del malalt ho permeti.

Equip i material utilitzat per al pacient:

- Potenciar les mesures de precaucions estàndard.
- Utilitzar el material necessari per a un sol pacient.
- Assegurar-se d'una acurada neteja i desinfecció abans d'utilitzar-lo en altres pacients.
- Esfigmomanòmetre: neteja/desinfecció.
- Agulles i xeringues: es deixarà un contenidor d'agulles dins l'habitació.
- Les xeringues i material de cures en bosses de residus orgànics.
- Termòmetre: ús individual i guardar-lo a l'habitació.
- Fonendoscopi: neteja després de cada ús amb alcohol de 70°.
- Efectes personals: ús individual i guardar-lo a l'habitació.
- Vaixella: cap precaució especial si es disposa de rentavaixelles industrial.
- Roba: tota la llenceria, roba del pacient i bates del personal s'ha de canviar diàriament i sempre que sigui necessari.
- En cas d'haver de sortir de l'habitació per trasllat, la llitera o cadira de rodes serà desinfectada amb associació d'aldehids o hipoclorit.
- Quan es realitzin accions que generin aerosols, utilitzar mascaretes d'alta capacitat de filtració FFP3.

Residus sanitaris:

Els residus sanitaris s'han de gestionar segons la norma legal vigent.



Neteja habitació:

Dos cops al dia (en aïllaments per gèrmens multiresistents).

No és necessari deixar temps d'espera després de l'alta del pacient.

Transport o desplaçament del pacient

- Limitar els desplaçaments i avisar el servei receptor sobre les precaucions que cal adoptar amb aquell malalt i amb els objectes que han estat en contacte amb ell.
- Si el trasllat es fa a un altre centre, informar telefònicament i fer-ho constar a l'informe mèdic.
- Informar a les empreses d'ambulàncies.
- En cas que el malalt hagi de sortir de l'habitació, abans cal cobrir-lo amb roba neta i assegurar-se que es prenen les mesures per minimitzar el risc de transmissió de microorganismes a altres malalts. Poden sortir de l'habitació i anar als espais comuns. En cas de ferides colonitzades poden anar al menjador, rehabilitació o teràpia ocupacional i poden rebre visites sempre que portin les ferides ben cobertes i no presentin alteracions de conducta.

7.1.2. Precaucions per evitar la transmissió per aire

FINALITAT

Reduir el risc de transmissió per l'aire dels agents infecciosos.

APLICACIÓ

S'utilitzaran afegides a les precaucions estàndard en aquells pacients amb sospita o confirmació d'estar infectats per microorganismes transmesos per partícules de petita grandària ($<5\mu$), que procedeixen de les vies respiratòries del malalt i queden suspeses a l'ambient, on poden persistir durant un cert temps i ser inhalades.

NORMES

Ubicació del pacient:

- Habitació amb pressió negativa; si no existeix la disponibilitat, habitació individual amb ventilació a l'exterior (obrir la finestra 3-4 cops al dia). En la porta de l'habitació hi ha d'haver un cartell informatiu sobre el tipus de precaucions i les principals mesures que cal prendre.
- Si no es disposa d'habitacions amb pressió negativa, s'han d'habilitar habitacions individuals alternatives. Cal posar al malalt una mascareta quirúrgica.

Porta tancada

Reduir al màxim la producció de nuclis de gotes (educar el pacient perquè utilitzi mocadors de paper i es tapi el nas i la boca en tossir o esternudar).



Neteja habitació:

No és necessari deixar temps d'espera després de l'alta del pacient, a excepció de les habitacions sense pressió negativa, en aquest cas, cal deixar-les lliures almenys una hora per tal d'assolir la renovació completa de l'aire.

Residus sanitaris:

Els residus sanitaris que continguin secrecions respiratòries s'han de segregar en una bossa de plàstic que s'ha de tancar dins de l'habitació del malalt i gestionar com a residu tipus III.

Protecció respiratòria:

- Els treballadors utilitzaran mascaretes d'alta capacitat de filtració FFP2 (la mateixa mascareta es pot utilitzar pel mateix treballador, sempre que estigui en bon estat i no dificulti la respiració, durant un torn de treball).
- S'ha de treure en sortir de l'habitació.
- Quan es realitzin accions que generin aerosols, utilitzar mascaretes d'alta capacitat de filtració FFP3, així com un protector ocular.
- El pacient haurà de portar mascareta facial (quirúrgica) quan rebi visites o hagi de col·laborar en proves diagnòstiques.
- Reduir al màxim les visites (mascareta quirúrgica).
- Les mascaretes quirúrgiques tenen una capacitat de filtració de tres hores.

Transport o desplaçament del pacient:

- Limitar al màxim els desplaçaments i avisar el servei receptor.
- En cas de desplaçament, col·locar mascareta quirúrgica al pacient o filtre bacterià al respirador. El personal que el trasllada no cal que porti mascareta.
- Si el trasllat es fa a un altre centre, informar telefònicament i fer-ho constar a l'informe mèdic.
- Informar a les empreses d'ambulàncies.

7.1.3. Precaucions per evitar la transmissió per gotes

FINALITAT

Reduir el risc de transmissió per gotes que contenen l'agent infeccios i que no romanen en l'aire.

APLICACIÓ

S'utilitzaran afegides a les precaucions estàndard en aquells pacients amb sospita o confirmació d'estar infectats per microorganismes transmesos per gotes grans ($>5\mu$), que es produeixen tossint, parlant o esternudant, i també quan es practiquen certs procediments (aspirat bronquial, broncoscòpia) ja que es generen partícules que poden ser inhalades. Els microorganismes que es transmeten per gotes assoleixen distàncies curtes d'aproximadament un metre.



NORMES

Ubicació del pacient:

- Habitació individual. En la porta de l'habitació hi ha d'haver un cartell informatiu sobre el tipus de precaucions i les principals mesures que cal prendre.
- En cas de necessitat, aïllament per cohorts (dos pacients amb el mateix tipus de germen) o bé mantenir una distància mínima entre pacients (1 metre).
- No és necessari ventilació ni recanvi d'aire.
- Porta tancada.

Mascareta:

- Els treballadors i les visites utilitzaran mascareta quirúrgica impermeable als fluids.
- S'ha de posar abans d'entrar a l'habitació.
- Les mascaretes quirúrgiques tenen una capacitat de filtració de tres hores.
- Quan es realitzin accions que generin aerosols, utilitzar mascaretes d'alta capacitat de filtració FFP3.

Residus sanitaris:

Els residus sanitaris s'han de gestionar segons la norma legal vigent.

Transport o desplaçament del pacient:

- Limitar els desplaçaments.
- Si és necessari, posar mascareta al pacient.
- Durant els trasllats i en les zones d'espera s'ha de col·locar una mascareta quirúrgica al malalt.
- Avisar el servei receptor.
- Si el trasllat es fa a un altre centre, informar telefònicament i fer-ho constar a l'informe mèdic. Informar també a les empreses d'ambulàncies.



BIBLIOGRAFIA

1. TRIGUEROS CARRERO JA, FERNÁNDEZ-PRO LEDESMA A. *Curso de habilidades en patología infecciosa respiratoria*. Madrid: ENE Publicidad; 1997. 190 p.
2. BEARE PG, MYERS JL. *Enfermería medicoquirúrgica*. Madrid [etc.]: Harcourt Brace; 2001.
3. PERRY AG, POTTER PA. *Enfermería clínica: Técnicas y procedimientos*. Madrid: Elsevier; 2003. 1418 p.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Division of Healthcare Quality Promotion (DHQP)* [Internet]. 2018 [citat 30 octubre 2018]. Recuperat de: <https://www.cdc.gov/ncezid/dhqp/index.html>
5. TEMPLE JS, JOHNSON JY. *Guía de Procedimientos para Enfermeras*. Buenos Aires: Panamericana; 1995. 752 p.
6. DOMÍNGUEZ A, GIL J, PI-SUNYER T, RODRIGO J. *Precaucions d'aïllament per evitar la transmissió d'agents infecciosos als centres sanitaris*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2009.
7. ESTEVE REIG J. *Enfermería. Técnicas Clínicas*. Madrid: MacGraw-Hill; 2003. 574 p.
8. OTO CAVERO I, ARQUÉ BLANCO M, BARRACHINA BELLÉS L. *Enfermería médico quirúrgica: Necesidad de oxigenación*. Barcelona: Masson; 2001. 275 p.
9. APIC. *Guide to the elimination of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in the Long-Term Care Facility*. Washington: APIC; 2009. 74 p.
10. GUERRERO AZNAR MD, SANTOS RAMOS B. *Administración de medicamentos: Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos; 1994. 406 p.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. CDC; 2017. 203 p.
12. KOZIER B. *Técnicas en enfermería clínica*. 4a ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2000. 11053 p.
13. NETTINA SM. *Enfermería práctica de Lippincott*. México: Nueva Editorial Interamericana; 1999.
14. COIA JE, DUCKWORTH GJ, EDWARDS DI, FARRINGTON M, FRY C, HUMPHREYS H, et al. *Guidelines for the control and prevention of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in healthcare facilities*. *J Hosp Infect*. maig 2006;63:S1-44.
15. BLANCO-ECHEVARRÍA A, CEA-CALVO M, GARCÍA-GIL M, MENASSA A, MORENO-CUERDA V, MUÑOZ-DELGADO G, et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica*. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid: Merck & Dohme; 2003. 384 p.
16. Gestió dels residus sanitaris. Decret 27/1999 de 9 de febrer, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 2828 (16-02-199).
17. Florida Department of Health. *Guidelines for Prevention and Control of Infections Due to Antibiotic-Resistant Organisms*. Tallahassee: Florida Department of Health. Division of Disease Control & Health Protection. Bureau of Epidemiology; 2017. 67 p.



18. DOMUS VI. *Manuales y protocolos de enfermería*. Barcelona: Domus Vi; 2017.
19. Gestió de Serveis Sanitaris. *Manuale i protocols assistencials de l'Hospital Universitari Santa Maria*. Lleida: Gestió de Serveis Sanitaris; 2017.
20. Hestia Balaguer. *Manuale i protocols*. Balaguer: Hestia Balaguer; 2017.
21. SARQUAVITAE. *Manuale i protocols d'infermeria*. Lleida: Sarquavitae; 2016.
22. Hospital Comarcal de la Línea de la Concepción. *Protocolos de procedimientos*. Cádiz: Hospital Comarcal de la Línea de la Concepción.
23. Hospital Punta de Europa de Algeciras. *Protocolos de procedimientos*. Cádiz: Hospital Punta de Europa de Algeciras.
24. MORERA PRAT J. *Infecciones y EPOC*. Bogotá: Ediciones latros; 1996.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)

Maneig dels residus sanitaris



8.1. PROTOCOL DE MANEIG DELS RESIDUS SANITARIS

DEFINICIÓ

Són residus sanitaris les substàncies i els objectes generats en els centres, serveis i establiments sanitaris dels quals els seus productors s'han de desprendre.

OBJECTIUS

- A l'interior del centre protegir la salut dels pacients, treballadors, visitants i públic en general.
- A l'exterior del centre sanitari, protegir la salut de les persones que manipulen els residus i reduir al màxim els riscos de disseminació de malalties infeccioses o de contaminació química del medi ambient a causa dels residus sanitaris.
- Complir el decret 27/1999 sobre gestió de residus sanitaris.

PREPARACIÓ

Preparació del personal:

- Posar-se guants.

PROCEDIMENT

Segons tipus de residu.

Classificació dels residus sanitaris:

- **Grup I: Residus sense risc o inespecífics assimilables a residus municipals**

Són residus de recollida per part dels serveis municipals i que no requereixen exigències especials.

Tots els professionals del centre dipositaran els següents materials en bosses de brossa domèstiques: cartró, paper material d'oficina, cuina, menjador, taller de jardineria, vidre, plàstic, revistes.



- **Grup II: Residus sanitaris no específics**

Són aquells residus generats com a conseqüència de l'activitat sanitària i que no presenten cap tipus de risc per a la salut i el medi ambient. Són residus vers els quals s'han de prendre mesures de prevenció a l'hora de la manipulació, recollida, emmagatzematge i transport, únicament en el centre sanitari.

Aquests residus són:

- Material de cures no punxant ni tallant, tant el que s'ha utilitzat per al pacient com el que ha caigut al terra o que s'ha desaprofitat sense utilitzar-se.
- Gases, material d'incontinència i material d'un sol ús.
- Roba i material tacat amb sang, secrecions, excrecions, cap d'ells inclòs dins els residus classificats com a sanitaris específics (Grup III).

Poden dipositar-se en contenidors de brossa de retirada municipal, però amb bosses de polietilè de galga adequada mai inferior a 220 mg/cm² i amb identificació externa en la bossa. El transport ha de ser diferenciat, encara que després a l'abocador, segueixin el mateix procés d'eliminació.

- **Grup III: Residus específics o de risc**

Són aquells residus que requereixen l'adopció de mesures de prevenció en la recollida, emmagatzematge, transport i tractament, tant dins com fora del centre generador, ja que poden generar un risc per a la salut laboral i pública. Tot en contenidors rígids, hermètics no de color blau.

En aquest grup s'inclouen:

- Sang, hemoderivats en forma líquida, vacunes vives i atenuades.
- Restes humanes procedents d'intervencions quirúrgiques.
- Residus d'aquells pacients que requereixen mesures d'aïllament per presentar malalties infectoontagioses:

còlera (femta), febre hemorràgica causada per virus (tots), brucel·losi (pus), diftèria faríngia (secrecions respiratòries), diftèria cutània (secrecions de lesions cutànies), meningitis asèptica i la bacteriana en neonats (femta), altres meningitis (secrecions respiratòries), encefalitis (femta), febre Q (secrecions respiratòries), Borm (secrecions de lesions cutànies), tuberculosi activa (secrecions respiratòries), hepatitis vírica A (femta), hepatitis vírica B i C (agulles i material punxant o tallant), tularèmia pulmonar (secrecions respiratòries), tularèmia cutània (pus), tifus abdominal (femta), lepra (secrecions de lesions cutànies), àntrax cutani (pus), àntrax inhalat (secrecions respiratòries), febre paratifoïda A,B,C (femta), pesta bubònica (pus), pesta pneumònica (secrecions respiratòries), poliomelitis (femta), disenteria bacteriana (femta), ràbia (secrecions respiratòries), sida (agulles i material punxant o tallant).



- Objectes punxents o tallants.

Els objectes punxents o tallants es dipositaran en contenidors rígids específics. Tots són hermètics i retolats amb l'indicatiu de residu de risc.

Transport:

Una vegada les bosses i els recipients de recollida dels residus sanitaris de les diferents zones del centre assistencial estiguin plens, és recomanable que siguin transportats al magatzem de residus sanitaris amb una periodicitat màxima de 12 hores.

El personal que transporta els residus ha de portar guants que no es puguin foradar i que siguin resistents a les punxades de les agulles, vidres i altre material punxent.

Els sistemes de transport que hagin contingut residus de risc, es desinfectaran després de cada operació. És recomanable que siguin estructures sense racons, que facilitin al màxim el procés de neteja.

Un dels problemes més importants amb què ens podem trobar durant el transport de les deixalles dins un centre hospitalari és el trencament de les bosses.

Per evitar que es trenquin les bosses cal:

- Utilitzar bosses homologades (galga no inferior a 220 mg/cm² en grup II).
- No emmagatzemar-les una sobre l'altra: les bosses han d'estar una al costat de l'altra sobre una superfície horitzontal.
- Dins el carro de transport no s'han de comprimir ni s'ha de sobrepassar el nivell que permeti el tancament de la tapa del carro.
- No s'han d'arrossegair mai les bosses per terra, cal utilitzar els sistemes de transport.

Emmagatzematge dels residus sanitaris:

Es delimitaran i es definiran zones intermèdies d'emmagatzematge dels residus, convenientment senyalitzades, on es dipositaran en espera de la recollida i trasllat cap al magatzem central.

Els residus sanitaris es poden emmagatzemar dins el mateix centre sanitari durant un període màxim de 72 hores, prorrogable a una setmana si el magatzem de residus disposa de sistema de refrigeració (temperatura màxima 4° C).

El lloc d'emmagatzematge serà ventilat, espaiós, ben il·luminat, degudament senyalitzat i estarà condicionat per tal de poder-hi realitzar la seva desinfecció i neteja corresponent.

El magatzem s'haurà de poder tancar, s'hi haurà de tenir fàcil accés des de l'exterior i haurà d'estar protegit de la intempèrie, de les temperatures elevades i dels animals.

Circuit administratiu i registre:

Tots els centres, serveis i/o establiments sanitaris i sociosanitaris que generen residus sanitaris específics a Catalunya, han de tenir i portar al dia el llibre de registre de control de residus sanitaris, en el qual s'han de fer constar totes les dades referents als residus generats (unitat assistencial o servei generador, data de cessió al transportista, volum, incidències i d'altres). Aquest llibre es facilita a la Direcció General de Salut Pública i ha d'estar a disposició dels funcionaris i les autoritats competents.



RECOMANACIONS



- No s'han de dipositar en un mateix recipient residus de diferent grup, segons la classificació establerta.
- És perillós dipositar material punxant i tallant en les bosses.
- No s'han de compactar mai les bosses i els recipients.
- No s'han de traspasar els residus d'un recipient a un altre.
- No s'han de transportar les bosses obertes ni tampoc arrossegar-les per terra.
- No s'han de tornar a encapsular les agulles.
- Mai no s'ha de separar amb la mà l'agulla de la xeringa, si el contenidor no disposa d'un sistema per separar l'agulla de la xeringa cal rebutjar la xeringa i l'agulla juntes.
- No s'ha de remenar dins de les bosses i recipients.
- No s'han d'omplir més de les seves $\frac{3}{4}$ parts i en cap cas comprimir el material dipositat per aprofitar millor el contenidor.
- Cal treballar sempre amb els guants posats.
- Cal netejar-se les mans amb aigua i sabó al finalitzar el treball o quan es canvia d'activitat.



BIBLIOGRAFIA

1. Gestió del residus sanitaris. Decret 27/1999 de 9 de febrer, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 2828 (16-02-199).
2. DOMUS VI. *Manuales y protocolos de enfermería*. Barcelona: Domus Vi; 2017.
3. Gestió de Serveis Sanitaris. *Manuales i protocols assistencials de l'Hospital Universitari Santa Maria*. Lleida: Gestió de Serveis Sanitaris; 2017.
4. HESTIA BALAGUER. *Manuales i protocols*. Balaguer: Hestia Balaguer; 2017.
5. SARQUAVITAE. *Manuales i protocols d'infermeria*. Lleida: Sarquavitae; 2016.
6. BALMACEDA A, *Departament de Sanitat i Seguretat Social, Programa de Gestió Intracentre de Residus Sanitaris. Guia de gestió de residus sanitaris*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2000. 63 p.
7. Ordenació de la gestió dels residus sanitaris. Decret 300/1992 de 24 de novembre. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1688 (30-12-1992).
8. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado no 274 (15-11-2002).
9. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. *Protocolos d'Infermeria*. Lleida: Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

[INDEX GENERAL](#)

[GRUP DE TREBALL](#)

