

Manual de uso Dispositivos de Seguridad

Con la nueva Directiva
Europea tienes derecho
a estar protegido

900 103 364



Índice

Introducción

1. Índice
2. Entorno legal
3. Acceso venoso vía periférica
 - 3.1. Consultas de urgencias y sillones
 - 3.2. Sugerencias para una venopunción óptima
 - 3.3. Recomendaciones de uso
4. Cuidados y mantenimiento de vías periféricas
5. Bioconector
6. Jeringa precargada con suero salino para el lavado de vías
7. Administración de inyecciones intramusculares y carga de medicación segura
 - 7.1. Aguja de punta roma para cargar la medicación
 - 7.2. Aguja intramuscular con dispositivo de seguridad
8. Toma de muestras en sangre
 - 8.1. Proceso general de toma de muestra
 - 8.2. Extracción venosa
9. Palomilla de extracción con dispositivo de seguridad de activación por botón
 - 9.1. Inserción
 - 9.2. Retirada
10. Proceso de extracción venosa desde una vía recién implantada
11. Proceso de extracción venosa
12. Proceso de extracción venosa con jeringa y agua
13. Extracción de sangre para hemocultivos
14. Toma de muestras para gasometría arterial
 - 14.1. Extracción
 - 14.2. Después de la extracción
15. Toma de muestras para MB test
16. Administración de inyección subcutánea
 - 16.1. Técnica del pellizco
 - 16.2. Zonas de inyección
17. Jeringas de insulina
 - 17.1. Colocar la aguja en la pluma
 - 17.2. Preparar la pluma
 - 17.3. Inyectar la dosis
 - 17.4. Desechar la aguja
18. Triaje
19. Características de un producto de seguridad
20. Actuaciones de enfermería en cour m.l.
 - 20.1. Intervenciones de enfermería en cour
 - 20.2. Asistencia al enfermero
21. Alteraciones objetivadas
 - 21.1. Alteraciones cardiorespiratorias
 - 21.2. Alteraciones gastrointestinales
 - 21.3. Alteraciones neurológicas
 - 21.4. Alteraciones urológicas
 - 21.5. Alteraciones metabólicas

2. Entorno legal

Constitución Española

Artículos 40.1 y 40.2

El derecho a la protección de la salud de los trabajadores encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

Ley 31/1995 de 8 de noviembre

Prevención de riesgos laborales

Promueve la seguridad y salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y desarrollo de actividades necesarias para la prevención de riesgos laborales.

R.D. 664/1997 de 12 de mayo

Sobre la protección de los trabajadores frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos en el trabajo.

Órdenes

En Madrid, Castilla-La Mancha, Baleares, Galicia y Navarra ya es obligatorio, mientras que en el resto de autonomías están estudiando la medida.

Junio de 2010

Se aprueba una directiva europea según la cual antes de mayo de 2013 los países miembros instalarán dispositivos con mecanismos de bioseguridad.

3. Acceso venoso vía periférica

3.1 Consultas de urgencias y sillones.

3.1.1. Preparación

1. Asegúrese de tener a mano todo el material necesario.
2. Prepare la zona de punción de la forma habitual.
3. Antes de realizar la venopunción sujete el pabellón del catéter y gire el cilindro 360°.



3.1.2. Venopunción

1. Avance hacia la vena despacio y con muy poco ángulo.
2. Observe el retorno sanguíneo. En los catéteres 20,22 y 24G el retorno se visualiza primero a lo largo del catéter.



3.1.3. Avance

1. Cuando observe el retorno sanguíneo disminuya el ángulo hasta colocar el catéter casi en paralelo a la piel.
2. Avance ligeramente todo el conjunto antes de introducir el catéter.
3. Avance el catéter dentro de la vena manteniendo la tracción de la piel.



3.1.4. Extracción de la aguja

1. Antes de activar el botón afloje el compresor.
2. Aplique presión digital por encima de la punta del catéter.
3. Estabilice el pabellón del catéter.
4. Presione el botón blanco y la aguja se ocultará totalmente en el mango transparente del catéter

3.1.5. Fijación

1. Fije el catéter según el protocolo del centro



Advertencias:

- No retire la aguja del pabellón del catéter antes de presionar el botón.
- Retraiga siempre la aguja antes de su eliminación en un contenedor de objetos punzantes.
- No reinserte la aguja dentro del catéter ya que podría dañarlo con una punción.

3.2 Sugerencias para una venopunción óptima

Inserción con éxito:

1. Compruebe que se libera el sellado de la punta girando 360°.
2. Ejerza poca fuerza para penetrar la piel.
3. Disminuya la velocidad de inserción. Al reducir la velocidad de avance el retorno es simultáneo.
4. Reduzca el ángulo de inserción inicial manteniendo el hombro bajo.
5. Después del retorno sanguíneo reduzca el ángulo y avance 0,3 cm.
6. Tendrá sensación de pérdida de resistencia cuando se penetra la vena.
7. El mejor indicador es el retorno sanguíneo.

Visualización del retorno:

1. Confíe en su instinto y haga una pausa.
2. Observe el retorno detrás del muelle.
3. En los tamaños 20,22 y 24G se observa inicial a lo largo del catéter.
4. Tenga en cuenta aspectos del paciente tales como venas pequeñas, presión sanguínea, estado de las venas, deshidratación, etc.

Avance fácil:

1. Antes de la inserción confirme la liberación de la punta girando el cilindro 360°.
2. Después del retorno sanguíneo disminuya el ángulo y avance 0,3 cm.
3. Cuando avance evite la técnica de "empujar-tirar". Mantenga la tracción de la piel.

Retracción de la aguja:

1. Antes de la inserción confirme la liberación de la punta girando el cilindro 360°. Asegúrese de aplicar presión digital por encima de la punta del catéter.
2. Compruebe que la aguja no se ha doblado inadvertidamente al intentar activar el botón.

Reducir pérdida de sangre:

1. Afloje el compresor antes de apretar el botón.
2. Aplique presión digital por encima de la punta del catéter.
3. Mantenga un conector o línea IV cerca y lista para usar.

Activación antes de tiempo:

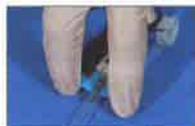
1. Preste atención a dónde coloca sus dedos.
2. Retire el protector de la aguja con un movimiento recto.

3.3 Recomendaciones de uso

Paso 1 Inserción



• Técnica de inserción con válvula.



• Técnica de inserción con aletas.



• Técnica de inserción de carácter recto.



1. Inserte el catéter en la vena.



2. Observe el reflujo sanguíneo inicial a lo largo de la cánula.



3. Baje y avance ligeramente (2mm aprox.) para asegurar que la punta de la cánula está dentro de la vena.



4. Siga observando el reflujo sanguíneo a lo largo de la alargadera para confirmar la entrada en la vena.

Paso 2 Avance



• Técnica de avance con todo el conjunto.



• Técnica de avance con una sola mano.



• Técnica de avance con dos manos.

1. Avance la cánula a través de la vena utilizando su técnica habitual
2. Quite el torniquete antes de seguir con el procedimiento.

Paso 3 Extracción de la aguja



1. Sujete las aletas y coloque los dedos en la zona de agarre y retire con un movimiento suave y recto hasta que la aguja se separe del cono del catéter.



2. Deseche la aguja en el contenedor de objetos cortopunzantes más cercano.

No empuje la lengüeta gris cuando esté retirando la aguja.

Paso 4 Fijación del catéter



1. Coloque el apósito como se muestra en la imagen, asegurando que el dispositivo queda protegido.

5. Bioconector

El mismo sistema tanto en llave de 3 vías como en solo con alargadera.



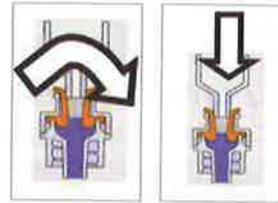
Recomendaciones de uso:

Conexión:

Acceso con jeringa "Luer Lock" o sistema de infusión:

- Enroscar hasta obtener una conexión segura.

Desinfecte la membrana superficial antes del acceso al dispositivo.



Acceso con jeringa "Luer":

- Conecte presionando para abrir el canal de paso.

Desconexión:

- Desconecte girando la jeringa o sistema, ya sea "Luer" o "Luer Lock".

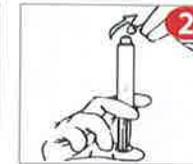
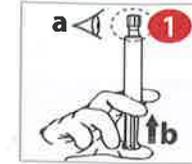
Antes de retirar la jeringa cierre la llave de 3 pasos y/o clampe la línea.

Lavado:

- Lave antes y después de cada uso y/o cada 6-8 h.
- El lavado mediante **flujo pulsátil** es más eficaz que el lavado continuo sobre todo después del paso de fluidos densos (sangre, lípidos,...)

6. Jeringa precargada con suero salino para el lavado de vías

Recomendaciones de uso:



- 1.** Empuje el émbolo con el tapón protector puesto para liberar el tope de la junta de estanqueidad.

- 2.** Desenrosque el tapón protector de la jeringa comprobando que no se contamina por contacto la conexión "Luer Lock" de la jeringa.

- 3.** Empuje el émbolo de la jeringa para expulsar el aire.



- 4.** Conecte la jeringa al dispositivo de acceso vascular teniendo cuidado para no contaminar la conexión.

- 5.** Empuje el émbolo de la jeringa para administrar el volumen requerido de solución salina según la política de cada centro.

- 6.** Después de su uso, deseche la jeringa según los procedimientos de cada centro.

7. Administración de inyecciones intramusculares y carga de medicación segura

7.1 Aguja de punta roma para cargar la medicación.

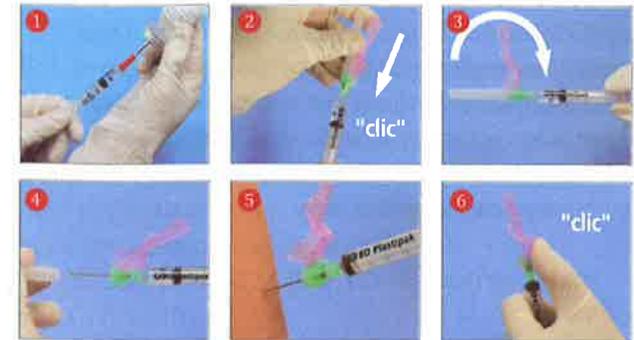


1. Conecte la aguja de punta roma a una jeringa hipodérmica estándar. Gire hasta conectarla firmemente.
2. Retire el capuchón proyector. La jeringa está lista para acceder, tanto a viales monodosis como multidosis.
3. Cargue la jeringa del vial monodosis, multidosis o ampolla.
4. Desconecte la aguja de punta roma de la jeringa y deséchela en un contenedor de objetos punzantes apropiado.

Advertencias:

- La fuerza requerida por la aguja de punta roma para penetrar el tapón del vial es solo 2,5 veces mayor que la utilizada para una aguja estándar del calibre 18G.
- Asegúrese de pinchar el tapón por el centro y con un ángulo de 90° para minimizar el tapón del vial.

7.2 Aguja intramuscular con dispositivo de bioseguridad.



7.2.1 Cargar medicación

1. Inserte una aguja de punta roma en el tapón del vial/ ampolla y extraiga la medicación (foto 1).
2. Utilice su modo habitual de transporte. No reencapuche. En caso de hacerlo, use el método de reencapuchar pasivo (sobre una superficie lisa y con una sola mano).

7.2.2. Inyección

1. Conecte la aguja "Eclipse" a la jeringa: empuje hasta que suene un clic (Foto 2).
2. Mueva el protector rosa en la medida en que sea necesario para no dificultar la visión del punto de inyección (>90°) (Foto 3).
3. Retire el capuchón de la aguja con cuidado para no despuntarla (Foto 4).
4. El protector rosa está siempre orientado en la posición correspondiente al bisel de la aguja (hacia arriba) para que no estorbe incluso a la hora de poner inyecciones intradérmicas con la aguja formando un ángulo de pocos grados.

7.2.3. Activación del dispositivo de seguridad.

- Actívelo con la misma mano que se haya utilizado para poner la inyección (Foto 5), coloque el pulgar en la zona ensanchada situada en la base del protector rosa especialmente diseñada para apoyar el pulgar.
- Apriete hacia arriba hasta que el brazo quede bloqueado sobre la aguja. Oirá un segundo clic (Foto 6).
- Deseche todo el conjunto en un contenedor de objetos punzantes o siga la política de su centro.

8. Toma de muestras en sangre

8.1 Proceso general de toma de muestra.

En primer lugar vamos a explicar brevemente los pasos que incluye cualquier técnica de extracción de sangre y subrayar la importancia de cada uno de ellos.

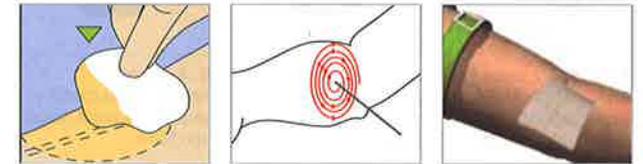
Tiene que evitar los errores preanalíticos durante la extracción y manipulación de la muestra.

Pasos comunes a seguir en el momento de la extracción:

1. Identifique al paciente.
2. Prepare el equipo de extracción.
3. Prepare al paciente.
4. Inspeccione y seleccione de la zona de punción.
5. Desinfecte de la zona de punción.
6. Punción venosa y recolección de sangre.
7. Manipule las muestras.
8. Identifique la muestra.
9. Procedimiento de la hemostasia.
10. Deseche el material.

8.2. Extracción venosa

Uno de los errores preanalíticos más frecuentes en la toma de muestras es la hemólisis, por ello recomendamos unos sencillos pasos para minimizarla:



1. Coloque el torniquete.
2. Desinfecte la zona de punción.
3. Limpie el sitio con antiséptico realizando movimientos concéntricos, empezando por la zona de punción hasta el exterior, dibujando un círculo de unos 10 cm de diámetro.
4. Una vez aplicado al desinfectante debe dejarlo secar. El secado del desinfectante es importante por dos razones:
 - Los restos pueden producir hemólisis.
 - Si no está bien seco le escocerá al paciente en el momento de la punción.

No volver a tocar el sitio desinfectado.

5. Orden de llenado de los tubos:
El orden correcto de extracción por vacío, para los tubos de sangre recomendado por las directrices de CLSI es el siguiente.



1. Frascos de hemocultivos (primero el aeróbico y después el anaeróbico.)



2. Tubo de coagulación con citrato.



3. Tubo para suero bioquímica de urgencias con gel separador.



4. Tubo para suero para ANA, ASMA, ANCA, proteinograma, perfil cellaco, etc., con gel separador.

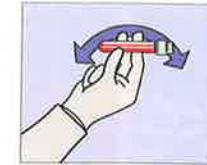


5. Tubo para suero para bioquímica general y microbiología con gel separador.



6. Tubo para hematimetría (corto) y pruebas cruzadas (largo) con EDTA.

6. Manipulación de la muestra:
Mezcle la sangre con el aditivo con cuidado invirtiendo suavemente el tubo 180° inmediatamente después de llenarlo. (El número de inversiones variará según el tipo de aditivo del tubo.)



7. Identificación de la muestra: El código de barras. Debe dejarse siempre una ventana visible en el tubo que permita observar las condiciones en las que se recibe la muestra en el laboratorio. Por ello, se recomienda aplicar las etiquetas encima de las etiquetas de fabricación del tubo.



9. Palomilla de extracción con dispositivo de seguridad de activación por botón

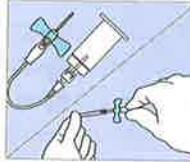
9.1 Inserción



1a. Despegue la parte posterior del envase desde la flecha de la esquina para que quede al descubierto el set de extracción de sangre.

1b. Sujete el blíster del set de extracción de sangre con el pulgar y el dedo corazón.

1c. Retire el set del envase con cuidado para no pulsar el botón.



2a. Compruebe que el adaptador "Luer" hembra (A) esté bien acoplado al adaptador "Luer" macho (B).

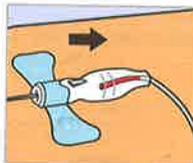
2b. Retire el protector de la aguja.



3a. Mantenga las aletas juntas sujetándolas con el pulgar y el dedo índice. Alcanza la vena mediante la técnica estándar de inserción de la aguja.

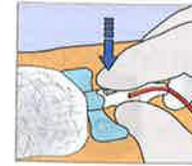


3b. Si su centro lo prefiere sujete por el cuerpo de la palomilla de extracción de sangre, en lugar de las aletas, durante la inserción.

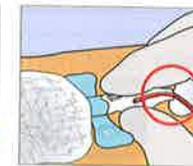


4. La correcta entrada en vena se indica mediante el llenado del canal de visualización situado detrás y debajo del botón.

9.2 Retirada



5a. Para una máxima seguridad, el dispositivo está diseñado para ser activado dentro de la vena del paciente. Coloque una gasa en el sitio de venopunción. Ésta tiene que cubrir el cilindro frontal. Siguiendo el procedimiento de extracción, y mientras la aguja está todavía en la vena, sujete el cuerpo de la palomilla entre el pulgar y el dedo corazón. Pulse el botón con el dedo índice. No intente hacerlo con el pulgar.

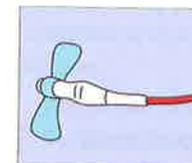


5b. Para facilitar que la aguja se retraiga, mantenga los dedos y manos alejados del tubular del dispositivo de extracción.

Atención, evite la obstrucción



6. Presione el sitio de venopunción según el protocolo de su centro.

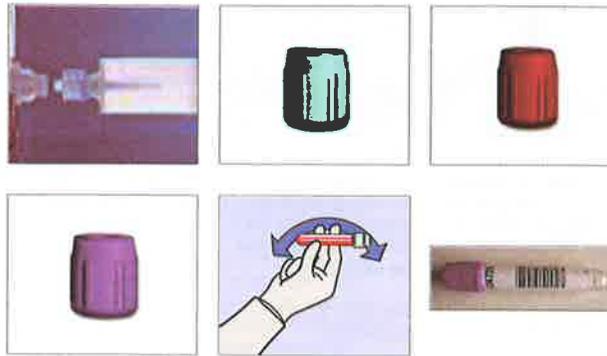


7. Asegúrese antes de que la aguja se ha retraído completamente y que está en posición de protección.



8. Deseche todo el dispositivo de extracción de sangre, incluida la campana, en un contenedor aprobado para eliminación de objetos cortopunzantes.

10. Proceso de extracción venosa desde una vía recién implantada



1. Conecte la campana de vacío "Luer Lock" al bioconector del catéter. Inicio de la extracción por este orden:
 - a. Tubo de coagulación con citrato.
 - b. Tubo para suero bioquímico de urgencias con gel separador.
 - c. Tubo para hematimetría (corto) y pruebas cruzadas (largo) con EDTA.
2. Mezcle la sangre con el aditivo con cuidado invirtiendo suavemente el tubo 180° inmediatamente después de llenarlo.
3. Limpie la vía después de la extracción para su mantenimiento (3ml a 10 ml de una solución de NaCl 0,9%)
4. Identifique de la muestra.

11. Proceso de extracción venosa

(Proceso no recomendado, pero práctica común)

1. Desinfecte el conector.
2. Compruebe la permeabilidad.
3. Lave con solución salina.
4. Descarte la cantidad de sangre adecuada.
5. Conecte la campana de vacío "Luer Lock" a una de las luces del catéter y realice la extracción.
6. Inicie la extracción por este orden: coagulación > suero > hemograma.
7. Mezcle la sangre con aditivo con cuidado, invirtiendo suavemente el tubo 180° inmediatamente después de llenarlo.
8. Limpie la vía después de la extracción para su mantenimiento (3 a 10ml de una solución de NaCl 0,9%)
9. Identifique la muestra.

12. Proceso de extracción venosa con jeringa y aguja

1. Cuando la extracción por vacío no es posible, utilice una jeringa.
2. El tamaño de la jeringa se elige en función de la cantidad de sangre a extraer.
3. Transfiera la sangre en los tubos usando la campana "Luer" hembra adaptada para la transferencia de la sangre por vacío sin aguja.

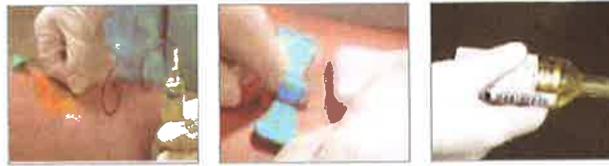


13. Extracción de sangre para hemocultivos

1. Rotule los dos frascos, si corresponde a 1ª, 2ª, 3ª extracción, e identifícalos con la etiqueta de código de barras del laboratorio.
 2. Marque el volumen deseado en la etiqueta:
 - a. Adultos: de 8 a 10 ml.
 - b. Pediátricos: de 1 a 3 ml.

No escriba en la etiqueta del código de barras.
 3. Retire la lengüeta del código de barras y péguela en el dorso de la petición.
 4. Quite la parte de plástico del tapón y desinfecte la superficie con antiséptico.
 5. Coloque el torniquete, preferiblemente de un solo uso.
 6. Palpe para seleccionar la zona de punción.
 7. Desinfecte la piel con antiséptico de forma circular de dentro hacia fuera sobre una amplia superficie (\pm 20cm).
 8. Espere 30" a que seque la zona.
- No vuelva a tocar el sitio desinfectado si no lleva guantes.





9. Extracción de la sangre:

- a. Para realizar la extracción utilice la palomilla de extracción con dispositivo de seguridad de activación por botón.
- b. Coloque primero el frasco aeróbico en posición vertical, introduzca el cuello de la botella en la campana y empuje al adaptador sobre él, de forma que la aguja perfora el tapón y la sangre empieza a fluir.
- c. Respete el orden de llenado: aerobio (tapón azul), anaerobio (tapón naranja)

10. Inoculación:

- a. 8-10 ml adultos
- b. 1-3 ml pediátricos

Cuando se alcance el nivel deseado, retire el frasco aeróbico de la campana y realice el mismo proceso con el frasco anaeróbico.

11. Coloque la gasa para hacer hemostasia y pulse el botón de la palomilla para retirarla del lugar de punción.

12. Invierta los frascos para homogenizar la muestra.

13. Envíe los frascos inmediatamente al laboratorio de microbiología. Si no es posible, manténgalos a temperatura ambiente (no en refrigeración).

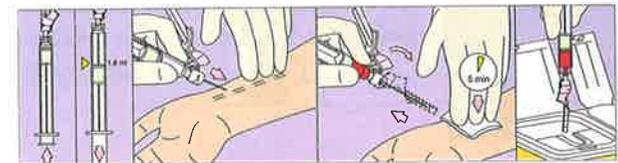
- a. 8-10ml adultos
- b. 1-3ml pediátricos.

Cuando se alcance el nivel deseado, retire el frasco aeróbico de la campana y realice el mismo proceso con el frasco anaeróbico.

14. Toma de muestras para gasometría para hemocultivos

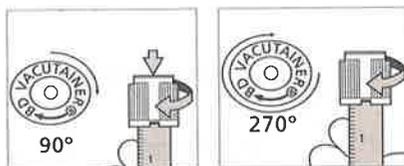
14.1 Extracción

1. Lleve hacia atrás el dispositivo de seguridad (de color rosa).
2. Precalibre la jeringa (entre 0,5 ml y 1 ml) y a continuación retire el capuchón de la aguja.
3. Localice la arteria, realice la punción y permita que la sangre llene la jeringa.
4. El reflujo sanguíneo confirmará la correcta localización en la arteria.
5. Termine la punción.
6. Presione sobre el punto de punción durante 5 minutos.
7. Empuje con el dedo corazón el dispositivo de seguridad y presiónelo hasta oír un clic que confirme su activación.
8. Deseche la aguja siguiendo los procedimientos habituales del centro.



14.2 . Después de la extracción

1. Sitúe el tapón sobre la jeringa y enrosque en el sentido de las agujas del reloj hasta que sienta una suave resistencia (1/4 de vuelta).
2. Expele el aire de la jeringa con el tapón en esta posición manteniéndola en vertical y presionando sobre el émbolo hasta que no quede aire en la jeringa. Puede verlo a través de la cara del tapón. Cuando el aire se haya eliminado completamente la resistencia a la presión del émbolo aumentará.
3. Ponga completamente el tapón en posición de sellado. (Gire el tapón hasta completar una vuelta.) Una vez hecho esto, no gire más el tapón, ya que no tiene tope (no es un tapón con rosca) y la jeringa podría quedar mal sellada.
4. Mezcle la muestra mediante 10 inversiones completas.
5. Identifique la muestra.
6. Analice la muestra en menos de 15 minutos para pO₂, pCO₂ y lactato. Las jeringas se pueden almacenar hasta una hora en hielo o temperatura ambiente para otros análisis.
7. Siga los procedimientos de su centro con relación al desecho de las jeringas que contienen sangre.



15 Toma de muestras para MB test

1. Desenrosque la tapa para romper el precinto y desecharlo.



2. Localice el punto de punción deseado (zona sombreada) y asegúrese de que esté adecuadamente limpio.



3. Coloque la lanceta de seguridad firmemente contra el punto de punción como aparece en el dibujo. Sujete la lanceta de seguridad con los dedos.

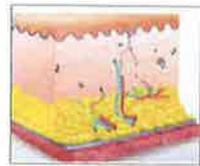


4. Para activarla presione firmemente la lanceta de seguridad contra el punto de punción. No retire el dispositivo del lugar de punción hasta que se haya oído un clic.



5. Deseche la lanceta de seguridad utilizada en un contenedor de objetos punzantes.

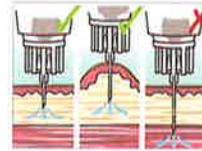
16 Administración de inyección subcutánea



epidermis [2 mm]
dermis
tejido subcutáneo
músculo

Longitud de aguja adecuado.

No debe llegar al músculo.



16.1 Técnica de pellizco

Un pellizco correcto es el que se realiza con los dedos índice, corazón y pulgar cogiendo la dermis y el tejido subcutáneo sin tocar el músculo.

No se debe soltar el pellizco hasta que se haya inyectado. Si se suelta demasiado pronto puede producirse una inyección intramuscular.



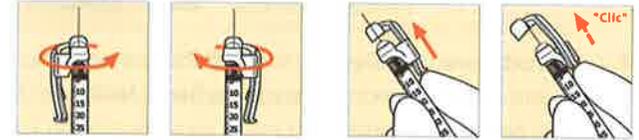
16.2 Zonas de inyección

Es importante organizar y distribuir sus zonas de inyección para evitar lipodistrofias.

Alterne ambos lados (derecho/izquierdo) de una semana a otra. Incluso parta en dos cada zona cambiando, rotando y alternando.

17. Jeringas de insulina

Recomendaciones de uso:



1. Cargue la medicación e inyección.

El dispositivo de protección puede rotar para facilitar la lectura de la escala.

2. Extraiga y administre la medicación según la técnica habitual.

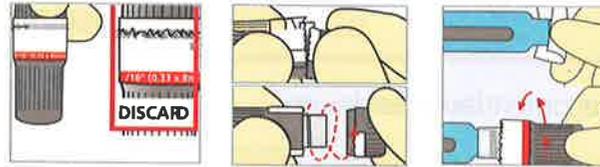
3. Para facilitar un ángulo bajo de inyección (45°) se puede girar el brazo de seguridad para que quede orientado con el bisel de la aguja.

4. Active el sistema de seguridad.

5. Después de la inyección deslice con el dedo el brazo de seguridad hacia delante para activarlo.

6. Se escucha un clic, la punta de la aguja queda completamente cubierta y el brazo de seguridad completamente bloqueado.

17.1 Colocar la aguja en la pluma



1. Compruebe precinto. Deseche si está dañado o no tiene.
2. Gire para rasgar el precinto y tire hacia fuera. No toque el cilindro de plástico.
3. Desinfecte la goma del cartucho.
4. Inserte y enrosque la aguja en el sentido de las agujas del reloj hasta encontrar resistencia.

17.2 Prepara la pluma



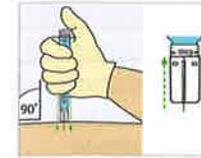
1. Retire el capuchón.
2. Compruebe la longitud de la aguja (5 mm u 8 mm)
No toque el protector de plástico de color blanco hasta después de la inyección.
3. Purgue la pluma. Debería aparecer una gota de líquido en la punta de la aguja.
4. Marcar la dosis.

Hay que tener en cuenta que puede quedarse en la piel tras la inyección.

32

17.3 Inyectar la dosis

17.3.1 Técnica recomendada



1. Con un ángulo de 90° introduzca la aguja en la piel sin presionar el botón de inyección. El protector de color blanco se retraerá completamente.
2. Inyecte la dosis completa según instrucciones del fabricante de la pluma.

17.3.2 Técnica alternativa

- Con una aguja de 8 mm con riesgo de inyección IM.
- Con la técnica de pellizco dejando > 3d2,5 cm de piel entre los dedos.
- Siga los mismos pasos que la técnica recomendada.



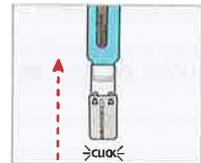
< 2,5 cm



No inyectar con ángulo.

17.4 Desechar la aguja

1. Retire la pluma de la piel.
 2. El protector de seguridad se bloqueará automáticamente con las lengüetas metálicas.
 3. Oír un clic.
 4. Desenrosque la aguja girando en el sentido de las agujas del reloj.
 5. Deseche las agujas usadas en el contenedor de objetos punzantes.
- No toque las lengüetas metálicas con los dedos.**



33

18 Triage

Prioridad	Min. de demora	
P1	0	Recuperación P1. Ingreso directo
		Consulta P1. Asistencia no demorable
P2	15	Alta probabilidad de complicaciones
P3	30	Baja probabilidad de complicaciones
P4	120	Patología banal
P5	120	Patología banal

P1.a

- Parada cardiaca.
- Parada respiratoria. Obstrucción de vía aérea.
- Insuficiencia respiratoria severa.
- TCE con GCS < 9
- Status convulsivo.
- Politraumatismo grave.
- Shock.
- Traumatismo torácico o abdominal penetrante.
- Traslados 061 son SVA o inestables.

P1.b

- Aspiración de cuerpo extraño con dificultad respiratoria.
- EPOC descompensado con hipoxia o trabajo respiratorio.
- Hemoptisis masiva con insuficiencia respiratoria. Inhalación de tóxicos.
- Síndrome confusional agudo con disminución del nivel de conciencia.
- Emergencia hipertensiva.

- Código ictus.
- Compromiso circulatorio.
- Dolor torácico isquémico.
- Crisis convulsiva.
- Disminución de nivel de conciencia por tóxicos.
- Dolor severo con aspecto de gravedad.
- Hemorragias con afectación hemodinámica moderada.
- Fractura abierta.
- Traslados 061 estables.

P2

- EPOC descompensado con afectación moderada.
- Asmático conocido con afectación moderada.
- Inhalación/ ingesta de tóxicos sin síntomas de alarma.
- Aspiración de cuerpo extraño sin insuficiencia respiratoria.
- HTA severa sin síntomas (crisis hipertensiva).
- Dolor en miembro con cambio de temperatura y/o dolor.
- Hemorragia moderada de cualquier causa sin afectación hemodinámica.
- Dolor severo/ moderado que precise analgesia.
- Fiebre en inmunocomprometidos.
- Dolor torácico atípico.
- Sospecha fractura cerrada con intenso dolor.

P3

- Disnea sin insuficiencia respiratoria.
- Lumbalgia aguda no mecánica.
- Celulitis localizada.
- Dolor abdominal con vómitos o diarrea sin signos de gravedad.
- Rectorragia de pequeña cantidad.
- Estreñimiento con síntomas de alarma.
- Dolor moderado que no precisa analgesia inmediata.
- Distensión ligamentosa y esguinces.

P4

- Lumbalgia crónica.
- Vómitos/ diarrea sin deshidratación ni dolor.
- Reacciones alérgicas sin signos de gravedad.
- Dolores menores (4/10)

P5

- Congestión nasal/ catarro común.
- Cualquier síntoma menor.
- Patología crónica conocida sin reagudización evidente.
- Paciente que precisen técnicas de enfermería.

19 Características de un producto de seguridad

- El dispositivo de seguridad debe activarse automáticamente o bien con una sola mano (técnica de una sola mano).
- Las manos del profesional sanitario siempre se sitúan por detrás de la sección cortante o punzante del dispositivo.
- La activación del mecanismo de seguridad debe efectuarse tan pronto como sea posible.
- La activación del mecanismo de seguridad debe ser fácil e intuitiva.
- El mecanismo de seguridad debe crear una barrera de protección eficaz, permanente e irreversible entre el elemento cortopunzante expuesto y las manos del profesional sanitario.
- El mecanismo de seguridad no se podrá desactivar y prestará protección hasta que se deseche el dispositivo.
- El usuario deberá reconocer fácilmente si el mecanismo de seguridad está activado (por medio de señales visibles o acústicas).
- El mecanismo de seguridad deberá formar parte integral del dispositivo cortopunzante. Es particularmente importante que dicho mecanismo se halle incorporado de forma permanente al propio dispositivo y que, por tanto, no se puedan desmontar los componentes.
- Siempre que sea posible, la técnica de uso del dispositivo de seguridad deberá ser similar a la que requiere un dispositivo convencional.
- La calidad, eficacia y seguridad de las actividades diagnósticas y terapéuticas no se verán afectadas ni reducidas por la adopción del dispositivo de seguridad.
- El dispositivo de seguridad se debe poder usar sin infringir ninguna de las otras precauciones de seguridad. (p.ej. usar guantes.)

20 Actuaciones de enfermería en cour m.l.

Conjunto de intervenciones que pretenden unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería basados en la evidencia científica más reciente.

Su utilización permite la evaluación de la actuación desde el mismo protocolo aportando criterios de cumplimiento propios así como posibles tomas de decisiones.

Las intervenciones serán:

- Ordenadas
- Precisas
- Detalladas
- Simples
- Escritas
- Utilizando un único formato

20.1 Intervenciones de enfermería en cour

Muchas cosas han cambiado en nuestros días. Hoy, el profesional sanitario contempla cómo su trabajo se transforma en una labor cada vez más burocrática. La tecnología tan avanzada, los avances en el conocimiento científico y el aumento de las demandas por parte del paciente y de la sociedad en general han hecho que el proceso de asistencia y cuidados de la salud se haya convertido en algo menos fluido y más complejo.

La demanda de atención urgente es enorme y creciente, de ahí que la actuación en el servicio de urgencias hospitalario sea fundamental en la evolución posterior de estos enfermos.

Por ello es necesario unificar criterios y evitar la dispersión de conductas diagnósticas y terapéuticas, lo cual será especialmente útil para el personal de enfermería, pues nos permitirá actuar más cómodamente ante unos criterios médicos no cambiantes, facilitando así la atención al enfermo antes de que el médico realice una exploración detenida. Así ganaremos tiempo sin miedo a que posteriormente se dé una orden médica contradictoria que rompa la continuidad de la asistencia.

20.2 Intervenciones de enfermería en cour

1. Identifique al paciente.
2. Presentación por parte del personal de enfermería.
3. Informe al paciente sobre el procedimientos que se le va a realizar.
4. Cree un ambiente cómodo, seguro e íntimo que facilite el bienestar del enfermo.
5. Realice el procedimiento terapéutico según la patología a tratar.
6. Registre en HSU.
7. Informe al paciente y/o familia del circuito a seguir:
 - Curso de su historia
 - Procedimientos y pruebas restantes
 - Resultados
 - Tiempo estimado de espera

8. Al realizar el acta, enseñe la correcta administración del tratamiento:

- Dosis
- Horarios
- Vías de administración

9. Observación, control y evaluación de la patología con criterios enfermeros.

Medidas generales a todas las actuaciones:

- Tranquilice al paciente y disminuya la ansiedad que pueda tener.
- Controle sus constantes vitales.
- Realice las pruebas de canalización de vía venosa periférica (si procede).

En urgencias es primordial tomar decisiones rápidamente ya que un retraso puede poner en peligro la vida del enfermo, de ahí que sea fundamental un dominio de las técnicas de soporte vital, capacidad de decisión rápida y amplios conocimientos sindrómicos de los motivos de la consulta urgente.

21 Alteraciones objetivadas

Hemos de tener en cuenta las alteraciones objetivadas en el enfermo ya que de ello depende nuestra actuación.

21.1 Alteraciones cardiorespiratorias.

Alteraciones cardiovasculares más frecuentes:

- Taquicardia
- Bradicardia
- IAM
- IC

Medidas generales:

- Monitorice cardíaca (si precisa)
- Oxigenoterapia
- Administre el tratamiento específico

Alteraciones respiratorias más frecuentes

- Disnea
- EPOC
- EAP
- Neumonía
- TEP

Medidas generales:

- Incorpore al paciente como mínimo al 30%.
- Oxigenoterapia en función de la patología a tratar:
 - EPOC reagudizado: No administre altas concentraciones de oxígeno ya que puede disminuir o abolirse el estímulo respiratorio.
 - EAP: Administre oxigenoterapia con mascarilla de alto flujo.
 - TEP: Administre oxígeno a alto flujo. Inspeccione y detecte signos de tromboflebitis.
- Vigile signo de empeoramiento por hipoxia cerebral:
 - Intranquilidad
 - Confusión
 - Obnubilación
 - Otros síntomas neurológicos
- Mida continuamente la saturación de oxígeno.
- Administre la medicación prescrita para cada situación.

21.2 Alteraciones gastrointestinales

Las más comunes son:

- HDA
- Abdomen agudo
- Úlcera péptica
- Gastritis
- Obstrucción intestinal
- Gastroenteritis

En este tipo de alteraciones nos encontramos con múltiples signos y síntomas:

- Dolor abdominal
- Emesis
- Náuseas

- Diarrea
- Estreñimiento
- Signos de desequilibrio hidroelectrolítico
 - Sed
 - Oliguria
 - Debilidad muscular
 - Turgencia de la piel disminuida
 - Temblores
 - Rigidez muscular
 - Mucosas reseca

Medidas generales:

- Dieta absoluta
- Si emesis vigile la frecuencia, cantidad y la presencia de sangre
- Si HDA:
 - Coloque al paciente en posición de seguridad o de Tremdelemburg.
 - Mantenga la permeabilidad de las vías aéreas.
 - Canalice dos vías periféricas de calibre grueso.
 - Mantenga y sustituya las volemias perdidas.
 - SNG si no está contraindicado.
 - Sonda vesical en los casos graves.
- Si obstrucción intestinal:
 - Aspiración gástrica continua hasta la recuperación intestinal.
 - Administración de la medicación específica prescrita para cada situación.

21.3 Alteraciones neurológicas

Merecen especial mención dada por su frecuencia en este servicio de urgencias del accidente cerebrovascular agudo y la crisis convulsiva.

Crisis convulsivas:

Hemos de diferenciar entre actividades durante la crisis y tras ella:

- Durante la crisis la prioridad será detenerlo antes posible. Para ello se administrarán anticonvulsivos de forma parenteral. A ser posible IV o rectal según la prescripción médica. Podrá repetirse según la evolución de la crisis. Colocaremos al paciente en posición de seguridad con un guedel y oxigenoterapia.
- Tras la crisis es recomendable realizar EKG, analítica, vigilancia hemodinámica y neurológica. Es necesario informar y tranquilizar al paciente y a la familia.

Medidas generales:

- Active código ictus (AVC).
- Compruebe la permeabilidad de las vías aéreas.
- Valore el nivel de conciencia:
 - Test de Glasgow
 - Valore el nivel de pupilas y reflejos oculares
 - Valore la motilidad voluntaria
 - Signo de Babinski (reflejos musculares y superficiales)
- Coloque un guedel si el paciente presenta bajo nivel de conciencia.
- Aspire secreciones si fuera necesario ya que si la vía aérea está obstruida por ellas puede aumentar la presión intracraneal disminuyendo la saturación de oxígeno.
- Vigile la frecuencia de respiratoria.

- Controle la saturación de oxígeno.
- Administre O₂.
- Vigile la aparición de arritmias (EKG y monitorización cardíaca).
- Valore de cambios bruscos de la TA y Tª.
- Conserve el equilibrio hidroelectrolítico (evitar la glucosa 5% IV en un primer momento ya que aumenta el edema cerebral).
- Controle la eliminación de heces y diuresis.
- Administre el tratamiento prescrito.

21.4 Alteraciones urológicas

Entre las más comunes tenemos:

- Infección urinaria
- Hematuria
- Retención urinaria
- Cólico nefrítico

Medidas generales de hematuria:

- Si sospechamos de su existencia, valorar la presencia de sangre en la orina. Si el paciente no está sondado indicarle que traiga una muestra para evidenciar si esta es realmente hematuria.
- En caso de que la hematuria pudiera provocar una retención debido a la formación de coágulos, se procedería al sondaje vesical. Utilice para ello una sonda rígida o semirrígida de 3 vías y de gran calibre (20-22F). Este lavado evitará la formación de coágulos y espasmos vesicales.
- El ritmo de lavado depende de la intensidad de la hematuria. Registrar la cantidad de líquidos aportados y perdidos.

- Valore durante todo el proceso signos de actuación urgente:
 - Palidez
 - Mareos
 - Hipotensión
 - Dolor en hipogastrio
- Si no está contraindicado, aconsejaremos la ingesta de abundantes líquidos para favorecer la diuresis.

Medidas generales de retención urinaria:

- Valore la presencia de globo vesical.
- En caso de que la micción espontánea fuera posible y existiera una retención aguda o crónica proceder a realizar un sondaje vesical con Foley nº 16-18.
- Con el fin de evitar la aparición de hematuria y/o la presencia de espasmos, evite el vaciamiento rápido de la vejiga. Hágallo de forma intermitente (como máximo 400 cc) después pinzar 20 minutos y volver a despinzar. Repetir este proceso si volviera a drenar 400 cc)

21.5 Alteraciones metabólicas

- Hipoglucemia
- Hiperglucemia

Medidas generales hipoglucemia:

- Valore el nivel de conciencia.
- Si el paciente está consciente administre alimentos ricos en hidratos de carbono de absorción rápida. (zumos, leche, galletas, etc.) Pasado un tiempo prudencial realice un nuevo control.

- Si el paciente está inconsciente proceda a la canalización de una vía periférica y a la toma de las constantes vitales, prepare y administre la medicación (glucosmón, glucagón). Tome controles periódicos de glucemia y del nivel de conciencia para así evitar la progresión a hipoglucemia avanzada y grave.
- Garantice la seguridad del paciente (barras laterales, contención mecanicoterapéutica).
- Eduque al paciente y a su familia en cuestiones sanitarias para evitar recidivas.

Por su gravedad e importancia hemos de diferenciar entre la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar no cetósico.

Cetoacidosis diabética (glucemia entre 300 mg/dl y 600 mg/dl): Tomar en cuenta si existe acidosis metabólica y la existencia de síntomas derivados de la hiperglucemia y la deshidratación:

- Poliuria
- Polidipsia
- Glucosuria
- Acetonuria
- Astenia
- Anorexia
- Dolor abdominal (por el descenso de potasio)
- Náuseas
- Vómitos
- Alteración del nivel de conciencia
- Coma

