

PROTOCOLS D'HIGIENE I CURES D'INFERMERIA DELS CENTRES SOCIOSANITARIS

PRESENTACIÓ

Em plau presentar-vos la publicació *Protocols d'higiene i cures d'infermeria dels centres socio-sanitaris*, editada per la Regió Sanitària Lleida i el subgrup d'infermeria del Grup RISS-Lleida (Registre d'infeccions socio-sanitàries de Lleida)

Aquest document que ha estat impulsat i elaborat per un equip interdisciplinari de professionals de la Regió Sanitària Lleida i Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran, recull bàsicament els protocols d'higiene i cures d'infermeria que s'utilitzen i apliquen en totes les unitats d'internament socio-sanitari del nostre territori.

La millora de la qualitat i de l'eficàcia per aquests professionals és bàsica i ens ajuda a tots a donar una millor assistència sanitària. Aquest objectiu és prou important tenint en compte que té el valor afegit de ser una eina de treball consensuada i d'aplicació general als nostres centres socio-sanitaris.

Vull agrair a tots els professionals que han col·laborat en la redacció, revisió i edició d'aquests protocols la seva tasca i esforç, que en definitiva reverteix directament en una millor atenció al ciutadà.

Sebastià Barranco i Tomàs
Gerent

INTRODUCCIÓ

El mes de juny de l'any 2000 es va iniciar a la nostra Regió Sanitària el grup de treball RISS-Lleida (Registre d'Infeccions Sociosanitàries Lleida), amb l'objectiu d'abordar el maneig de la infecció nosocomial dins dels diferents centres i unitats sociosanitàries. Aquest treball es va plantejar d'una manera multidisciplinària, consensuada i amb presència de suport professional expert donat que es tracta d'un problema freqüent als centres i que cal abordar de manera protocolitzada i en tota la seva globalitat.

La formació d'aquest equip va representar un important esforç d'interconnexió de recursos i nivells assistencials amb la participació de tots els Centres Sociosanitaris i la Unitat d'Infecció Nosocomial de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Es tracta, doncs, d'un grup multicèntric i multidisciplinari amb professionals de diferents especialitats mèdiques, diplomats en infermeria i farmacèutics que desenvolupen la seva tasca en diferents àmbits assistencials.

Després de 5 anys de treball i 4 anys de registre de dades referents a la presència d'infeccions dins dels centres sociosanitaris i els factors de risc associats a les mateixes, s'ha pogut objectivar la gran importància que tenen les mesures bàsiques d'higiene i les cures d'infermeria en la prevenció i l'evolució dels processos infecciosos dins de les nostres unitats on l'elevada fragilitat dels pacients és un fet determinant.

Aquesta objectivació va fer palesa la necessitat de fer una revisió conjunta dels protocols d'higiene i cures d'infermeria d'aquests centres i crear un document de consens que s'aplicarà a totes les unitats d'internament sociosanitari del territori. Per dur a terme aquesta tasca es va constituir un subgrup de treball d'infermeria dins del grup RISS-Lleida.

Aquest document ha estat elaborat pels equips d'infermeria de tots els centres sociosanitaris de les Regions Sanitàries Lleida i Alt Pirineu i Aran en coordinació amb la Unitat Funcional d'Infecció Nosocomial (UFIN) de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

GRUP DE TREBALL

Grup de treball:

Coordinació:

-**Gabernet Foix, Marta**; Coordinadora d'Atenció Sociosanitària. Tècnic Unitat d'Atenció al Ciutadà. *CatSalut, Regió Sanitària Lleida.*

Integrants:

-**Barberá Cortada, Joana**; coordinadora d'infermeria del Servei de Geriatria i Atenció Sociosanitària. *GSS. Hospital de Santa Maria, Lleida.*

-**Castellana Perelló, Dolors**; infermera control d'infeccions. Unitat Funcional d'Infecció Nosocomial (UFIN), *Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.*

-**Cortada Echauz, Jordi**; coordinador d'infermeria. Psicogeriàtric *Centre SAR Terraferma, Alpicat.*

-**Fumàs Pascual, Cristina**; cap d'infermeria. *Hospital Comarcal del Pallars, Tremp.*

-**Lopez Salcedo, Rosamary**; supervisora d'higiene hospitalària. Unitat Funcional d'Infecció Nosocomial (UFIN), *Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.*

-**Montoliu Sabartés Mònica**; infermera Unitat Sociosanitària. *Fundació Sant Hospital, La Seu d'Urgell.*

-**Noguera Rico, Teresa**; coordinadora d'infermeria. *Hospital SAR Jaume Nadal Meroles, Lleida.*

-**Quintillà Gatnau, M. Antonieta**; coordinadora d'infermeria. *Hospital Jaume d'Urgell, Balaguer.*



METODOLOGIA DE TREBALL I ESTRUCTURA DELS PROTOCOLS

Metodologia de treball

Per aquesta primera edició de protocols d'higiene i cures d'infermeria dels centres sociosanitaris el treball en grup va consistir en:

1. Aportació per part de cada centre dels propis protocols d'higiene i de procediments i cures d'infermeria.
2. Revisió conjunta de tot el material per l'elaboració del llistat de protocols i disseny de l'estructura bàsica que cadascun havia de contenir.
3. Assignació de grups de protocols a diferents subgrups de treball per una revisió a fons i elaboració dels diferents temes designats segons l'estructura dissenyada. Aquesta elaboració és resultat de l'anàlisi comparatiu dels vigents als centres, la revisió bibliogràfica i la discussió entre els diferents membres del subgrup i responsables assistencials dels seus centres.
4. Posada en comú de totes les propostes de protocols i esmenes als mateixos per part de tot el grup de treball.
5. Incorporació d'esmenes dels diferents professionals dels centres en una última revisió.

Es tracta d'un document actiu. Sempre que es consideri necessari i com a mínim un cop a l'any, es procedirà a una revisió i actualització dels diferents protocols.

En el moment de les revisions es podrà decidir el fet d'incloure nous protocols al dossier.

Estructura dels protocols

El format es presenta en carpeta d'anelles per afavorir les diferents revisions dels actuals protocols així com la inclusió de nous, de tal manera que un cop a l'any s'aniran canviant o afegint fulls a la carpeta.

S'han diferenciat grans subgrups de protocols per afavorir el maneig del dossier.

En general, cada protocol consta dels següents apartats:

- Definició
- Objectius
- Material
- Preparació
- Procediment
- Recomanacions

De tota manera i, per les característiques determinades d'alguns d'ells, no tots els protocols podran seguir aquest esquema.

Cada protocol inclourà la data de revisió. Tot i que tots es revisaran com a mínim un cop a l'any, la data no es modificarà si no s'inclouen canvis en el protocol.

Precaucions estàndard i risc biològic

- Precaucions estàndard
- Protocol de risc biològic per punció

Higiene del personal

- Protocol d'higiene del personal
- Protocol de rentat de mans

Higiene de superfícies i materials

- Protocol de neteja, desinfecció i esterilització

Higiene del pacient

- Protocol d'higiene corporal del pacient
- Protocol d'higiene del cap en el pacient enllitat
- Protocol d'higiene dels ulls
- Protocol d'higiene de la boca
- Protocol d'higiene de les ungles de mans i peus
- Protocol d'higiene dels genitals

Tècniques d'infermeria

- Protocol de sondatge nasogàstric
- Protocol de cateterisme vesical
- Protocol de manteniment del cateterisme vesical
- Protocol de control de diüresi
- Protocol de canvi de bossa de diüresi
- Protocol de perfusió subcutània contínua
- Protocol de cateterisme venós perifèric
- Protocol d'ostomies
- Protocol per a la recollida de mostres

Prevenició d'infeccions específiques

- Protocol de prevenició de la infecció respiratòria
- Protocol d'aïllament enfront a la infecció per microorganisme multiresistent (MRSA)

Maneig de residus sanitaris

- Protocol de maneig de residus sanitaris

PRECAUCIONS ESTÀNDAR

Conjunt de principis higiènics bàsics per evitar la transmissió dels 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 infecció
- 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

Aplicació

Aquestes precaucions s'han de seguir en tots els pacients, sense considerar-ne el diagnòstic, sempre que hi hagi o hi pugui haver un contacte amb:

- Sang
- Qualsevol altre fluid corporal (líquids cefaloraquidi, pericàrdic, pleural, sinovial, peritoneal, amniòtic...), secreció, excreció (excepte la suor) o teixit, encara que no tingui sang visible
- Pell no íntegra
- Membranes mucoses

Normes

1. Rentat de mans

1.1 Rentat higiènic de mans (amb sabó convencional neutre):

- Abans de col·locar-se els guants i després de treure-se'ls
- Entre dos pacients
- Entre tasques i procediments que es realitzen en un mateix pacient
- Quan es ve d'un altre servei
- Immediatament després del contacte amb líquids orgànics

1.2 Rentat antisèptic de mans (amb sabó antisèptic de clorhexidina o povidona iodada):

- En sortir de les habitacions d'aïllament en circumstàncies especials (ex. multiresistents)

1.3 Antisèpsia de mans amb solucions alcohòliques

- Aquest procediment només es pot aplicar en mans que no estiguin tacades o brutes, ja que en cas contrari no s'aconseguirà l'acció antisèptica desitjada

El fet d'utilitzar guants no evita la necessitat del rentat de mans (els guants poden tenir defectes o perdre l'integritat durant l'ús)

2. Guants

- Imprescindibles sempre que es manipuli sang, líquids orgànics, pell no intacta
- Estèrils, quan es manipuli sobre llocs corporals normalment estèrils, i guants d'exploració en altres casos
- Canviar-se els guants entre actuacions sobre el mateix pacient
- Treure-se'ls immediatament després d'utilitzar-los, abans de tocar objectes no contaminats i sobretot abans d'atendre altres pacients
- Els guants poden perdre la seva integritat amb l'ús, per tant, cal canviar-los i rentar-se les mans sempre que sigui necessari
- Mai s'han de reutilitzar, siguin del tipus que siguin

3. Bata, mascareta, ulleres

- Cal col·locar-se una bata neta (no cal que sigui estèril) per protegir la pell i evitar que es taqui l'uniforme de treball quan es preveu que es duran a terme procediments que puguin generar esquitxades de secrecions corporals
- Cal treure's la bata al més aviat possible i rentar-se les mans
- Cal fer servir mascareta amb protector ocular per protegir les membranes mucoses dels ulls, el nas i la boca durant els procediments que poden ocasionar esquitxades amb sang, fluids corporals, secrecions o excrecions

4. Equip i material utilitzat per al pacient

- Netejar ràpidament les taques de sang, líquids orgànics, etc.
- El material per a la higiene personal (orinal pla, ampolla...) ha de ser d'ús exclusiu per a cada pacient
- El material d'un sol ús ha de ser d'ús exclusiu per a cada pacient
- L'equipament reutilitzable no s'ha de fer servir per un altre pacient fins que no hagi estat netejat, desinfectat i/o esterilitzat adequadament

5. Prevenir lesions quan s'utilitzi qualsevol material punxent o tallant

- Les agulles utilitzades no s'han de tornar a recaputxar mai
- La part metàl·lica de l'agulla no s'ha de tocar mai amb les mans
- Llençar el material personalment i de forma immediata
- No llençar cap material punxent o tallant en bosses de plàstic
- Dipositar els residus tallants o punxents en contenidors específics
- Situar els contenidors al més a prop possible d'on es realitzin els procediments de risc
- No omplir-los més de tres quartes parts de la seva capacitat
- Utilitzar els sistemes de separació d'agulla i xeringa

6. Roba de llit, control de l'entorn

- Assegurar-se de la realització dels procediments rutinaris de neteja i desinfecció (protocols de neteja de superfícies, mobiliari...)
- El procés industrial de neteja de la roba n'assegura la descontaminació
- La combinació de l'aigua calenta i els detergents utilitzats en els rentavaixelles dels hospitals és suficient per descontaminar plats, vasos i altres estris per menjar

PROTOCOL DE RISC BIOLÒGIC PER PUNCIÓ

Definició

Precaucions a tenir en compte quan s'utilitza qualsevol tipus de material que pugui produir lesió per punció o tall.

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

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 de guants i material de seguretat si se'n disposa.

Procediment

1. Dipositar sempre el material punxent en contenidors rígids resistents a la punció o tall sempre amb guants.
2. Substituir el contenidor per un de nou quan estigui al 75% de la seva capacitat.
3. 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 bruscat 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:

1. Induir el sagnat de la zona afectada.
2. Rentar-se amb abundant aigua i sabó.
3. Desinfectar la zona amb povidona iodada i tapar-la.
4. Avisar immediatament la persona responsable del centre en aquell moment.
5. Posteriorment s'actuarà segons el protocol de cada centre.
6. Emplenar l'informe d'accident laboral. Registrar-ho sempre.

Setembre de 2005

PROTOCOL D'HIGIENE DEL PERSONAL

Definició

Mesures higièniques generals que el personal ha de tenir present en l'atenció a la gent gran.

Objectius

Protegir la salut del personal i la salut de l'usuari.

Evitar transmissió de gèrmens.

Reduir infeccions del centre.

Procediment

1. Les mans han d'estar netes i ben cuidades.
2. Les ungles han d'estar netes, curtes i sense esmalt.
3. Evitar anells i polseres (dificulten la neteja i són vehicle de gèrmens).
4. Canviar-se els guants per cada pacient i per cada procediment.
5. Portar el cabell recollit. Portar l'uniforme net i canviar-lo sempre que sigui necessari.
6. Calçat específic del centre

Recomanacions

No utilitzar els mateixos guants per a diferents pacients.

PROTOCOL DE RENTAT DE MANS

Definició

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

A) PROTOCOL DE RENTAT DE MANS HIGIÈNIC

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

- Gel dermatològic.
- 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.
3. Ensabonar mans i canells, intensificant en els espais interdigitals, els 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.

Recomanacions

En 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.

B) PROTOCOL DE RENTAT DE MANS 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, els 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.

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.

Objectius

Reduir al màxim la càrrega bacteriana de les mans de tots els professionals que hagin de realitzar un procediment quirúrgic i/o cateterització de vies centrals.

Material

- És imprescindible que l'aixeta sigui de colze o pedal.
- Aigua corrent.
- Sabó antisèptic tipus clorhexidina o bé povidona iodada.
- Raspall estèril.
- Gases o tovallola estèril.

Preparació

Si és una sola persona ha de preparar-se tot el material abans de procedir al rentat de mans.

Procediment

1. Obrir el pas de l'aigua i mullar-se les mans.
2. Aplicar sabó antisèptic.
3. Realitzar un rentat de mans mecànic d'un minut, que compregui mans i avantbraços, fins per sobre del colze.
4. Aplicar un altre cop sabó antisèptic i fregar amb un raspall estèril les ungles i els espai interdigitals, tot fregant amb el palmell de la mà, el dors i l'avantbraç, durant 4 minuts.
5. Esbandir amb aigua abundant.
6. Aplicar una nova dosi de sabó antisèptic, rentar les mans i avantbraços durant un minut.
7. Esbandir amb aigua abundant, de les puntes dels dits fins l'alçada del colze.
8. Eixugar amb les gases estèrils.
9. Durada: 6-7 minuts.

Recomanacions

Abans d'una intervenció quirúrgica.

Abans de tècniques que requereixen una extremada asèpsia i preparació d'un camp estèril per la seva implantació.

Abans de realitzar qualsevol maniobra en un malalt immunodeprimit.

Setembre de 2005

PROTOCOL DE NETEJA, DESINFECCIÓ I ESTERILITZACIÓ

A) 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.

Objectius

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

1. Posar-se els guants.
2. Esbandir amb aigua abundant l'instrument a netejar.
3. Retirar la matèria orgànica amb un raspall, aigua i sabó. S'ha de realitzar una acció mecànica d'arrossegament i de fricció.
4. Esbandir a raig d'aigua amb l'ajut del raspall o fregall.
5. Comprovar que tota la matèria orgànica ha desaparegut, especialment dels racons de difícil accés.
6. Tornar a esbandir amb força aigua sense raspall o fregall.
7. Eixugar l'instrument amb un drap net o deixar eixugar a l'aire.
8. 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 d'anar acompanyada d'una acció mecànica d'arrossegament i de fricció.

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 químics 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.

Objectius

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

1. Posar-se guants.
2. Preparar la solució en la proporció indicada pel fabricant.
3. Submergir l'objecte
4. Deixar que actuï el desinfectant el temps recomanat pel fabricant.
5. Procedir a esbandir amb aigua abundant.
6. Eixugar l'objecte amb un drap o deixar eixugar a l'aire.
7. Omplir registre específic

Recomanacions

Per tal d'aconseguir una desinfecció correcta cal 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 forma acurada els objectes, ja que els desinfectants tenen el poder de toxicitat i podrien provocar lesions i/o irritacions en contacte amb la pell.

C) PROTOCOL D'ESTERILITZACIÓ

Definició

És un procediment físic i 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.

Objectius

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

1. Neteja del material/protocol.
2. Embossar el material i posar la tira reactiva.
3. Segellar.
4. Posar en autoclau segons el fabricant.
5. En finalitzar, comprovar l'esterilització.
6. Posar la data d'esterilització a la bossa.
7. Omplir registre específic.

Recomanacions

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

Hipoclorit sòdic 70%

Tipus: desinfectant.

Propietats: desinfecció de superfícies i materials (pales, ampolles d'orina, palanganes, pots d'orina, gomes i recipients d'aspiració, en general, material de plàstic que hagi estat en contacte amb matèria orgànica).

Concentració: 1 dosificació (25 ml) per 10 l d'aigua tèbia.

Normes d'ús: deixar l'objecte durant 15 minuts com a mínim.

Solució alcohòlica

Tipus: antisèptic.

Propietats: redueix la flora transitòria de les mans en 30 segons. Ampli espectre enfront de bacteries, fongs, tuberculosi i virus. Manté l'antisèpsia de les mans sota els guants durant 3 hores.

Normes d'ús: aplicar 3 ml de producte, friccionar les mans durant 30 segons. Deixar eixugar les mans fins que la solució alcohòlica s'hagi evaporat.

Antisèpsia de les mans abans i després de mantenir contacte amb pacients potencialment contaminats. Abans de qualsevol procediment de curta durada que requereixi tècnica estèril.

Dietilentriamina

Tipus: detergent/desinfectant.

Presentació: sobres amb 50 g de producte en pols blanc, soluble en aigua i presentació líquida.

Propietats: bactericida, fungicida i virucida.

Ús: indicat per a la neteja manual d'instrumental metàl·lic, vidre i altre material de cura.

Normes d'ús: netejar l'instrumental. Dissoldre el contingut d'un sobre (50 g) en 6 l d'aigua tèbia. Submergir els instruments durant 15 minuts. Esbandir amb aigua abundant. Eixugar.

Precaucions i recomanacions: irrita els ulls i la pell. Evitar el contacte amb mucoses i amb ferides. Manipular el producte amb guants.

Gel dermatològic

Tipus: detergent

Propietats: màxima higiene sense agredir la pell. Baix poder detergent. Manté la integritat de la capa àcida de la pell (pH de 5.5).

Ús: neteja de les mans del personal i dels usuaris. Neteja de la pell dels usuaris.

Normes d'ús: deixar actuar el sabó al mateix temps que friccionem durant 15 segons. Esbandir amb aigua abundant.

Povidona iodada 7,5%

Tipus: antisèptic.

Propietats: rentat antisèptic de les mans i de la pell.

Ús: neteja de les mans del personal quan es practiqui una tècnica asèptica.

Normes d'ús: deixar actuar el sabó al mateix temps que friccionem durant 15-30 segons. Esbandir amb aigua abundant.

Povidona iodada 10% (solució aquosa)

Tipus: antisèptic

Propietats: rentat antisèptic de pell i ferides.

Normes d'ús: aplicar sobre la pell o ferida i deixar eixugar uns minuts. No esbandir.

Alcohol etílic 70 graus

Tipus: desinfectant/antisèptic

Activitat: desinfectant de potència mitjana: és actiu enfront a formes vegetatives de bacteries, alguns virus, fongs i m.tuberculosis. No és actiu pel que fa les espores.

Temps d'acció: és d'acció molt ràpida, en 2 minuts. Aconsellem 5 minuts.

Ús: Indicada per a la desinfecció de material no crític (no entra en contacte amb membranes i mucoses). Admet metalls, acer inoxidable i plàstic. Termòmetres i fonendoscòpis. S'inactiva amb la matèria orgànica.

Normes d'ús: no té toxicitat. No cal esbandir després de l'aplicació. L'alcohol utilitzat per desinfectar s'ha de rebutjar cada 24 hores.

Clorhexidina 0,12

Tipus: antisèptic.

Propietats: bactericida i fungicida.

Ús: neteja i desinfecció de la cavitat bucal i pròtesis dentals.

Normes d'ús: després de netejar la cavitat bucal glopejar la solució o aplicar el gel durant un minut. Pel que fa a les pròtesis netejar-les i submergir-les en la solució com a mínim 1 minut.

Setembre de 2005

PROTOCOL D'HIGIENE CORPORAL

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
- Palangana d'aigua temperada
- Guants d'un sol ús
- Tovallols (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

- Rentat higiènic de mans abans i després del procediment.
- Utilització de guants d'un sol ús.

Preparació del pacient

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

Procediment

En el pacient deuenent/enllitat

1. Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
2. Rentar-se les mans i posar-se els guants.
3. Col·locar el malalt en decúbit supí:

- Retirar la roba del llit, camisa de dormir o pijama, retirar el material absorbent si escau, i cobrir parcialment amb una tovallola o llençol la zona que no es neteja.
 - Començar a rentar per la cara només amb aigua (eixugar amb la punta de la tovallola o la tovallola de cara), continuar amb l'esponja sabonosa per coll i orelles; esbandir i eixugar.
 - Continuar per braços, aixelles i mans, esbandir i eixugar.
 - Baixar per l'abdomen, extremitats inferiors, peus i zona genital (veure protocol higiene genitals), esbandir i eixugar. Tenir molta cura en la zona submamària en les dones, melic, espais intergenitals i interdigitals.
4. Col·locar el pacient en decúbit lateral:
 - Canviar d'esponja.
 - Netejar part posterior del coll, espatlles, esquena, cuixes i natges; esbandir i eixugar.
 5. Hidratar la pell amb crema, sobretot si està resseca.
 6. Col·locar material absorbent d'incontinència, si escau.
 7. Col·locar la camisa de dormir, pijama o roba de vestir.
 8. Posar colònia i pentinar.
 9. Fer el llit amb roba neta, procurant que no quedi cap plec de roba que pugui danyar-li la pell o aixecar el pacient.
 10. Deixar el pacient còmodament instal·lat.
 11. Controlar el risc de caigudes.
 12. Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
 13. Treure guants i rentar higiènicament les mans.
 14. Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qualsevol incidència.

En el pacient independent/no enllitat que requereix supervisió

1. Si el pacient necessita ajuda limitada ens emportarem tot el material necessari a la dutxa i li realitzarem la higiene ensabonant tot el cos (de cap a peus), esbandirem i eixugarem, hidratarem i l'ajudarem a vestir-se.
2. 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

Recomanacions

Mantenir la porta i la 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.

Procuri que el malalt no estigui descobert innecessàriament i es refredi.

Realitzar massatges suaus sense friccionar per evitar lesions. Faci moviments suaus però contundents, treballi ràpidament 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 i desordenats i actuar sense presses.

Setembre de 2005

PROTOCOL D'HIGIENE DEL CAP EN EL PACIENT ENLLITAT

Definició

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

Objectius

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

Material

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

Preparació

Preparació del personal

- Rentat higiènic de mans abans i després del procediment
- Utilització de guants d'un sol ús.
- Aquest procediment es recomana fer-lo dues persones.

Preparació del pacient

- Informar el pacient i/o la família del que ens disposem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar.
- Col·locar el pacient en posició còmoda (decúbit supí).

Procediment

1. Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
2. Rentar-se mans i posar-se els guants.
3. Retirar el capçal del llit.
4. Còrrer lleugerament el matalàs.
5. Baixar lleugerament el somier per la banda del capçal i col·locar el recipient en aquesta alçada.
6. Col·locar el pacient de manera que el cap sobresurti de l'extrem del matalàs.
7. Col·locar el plàstic per sota del cap fins arribar al recipient.
8. Una persona ajudarà a mantenir el cap en posició còmoda.
9. Posar flocs de cotó a les orelles.

10. Mullar el cabell amb aigua tèbia i ensabonar-lo fregant el cuir cabellut.
11. 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.
12. Acomodar el pacient.
13. Col·locar el capçal del llit.
14. Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons el protocol, el material utilitzat
15. Treure's els guants i rentar higiènicament les mans
16. Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qualsevol incidència.

Recomanacions

Evitar mullar la roba del llit.

Comprovar la temperatura de l'aigua.

Actuar amb rapidesa per evitar que el pacient es cansi.

Com a mínim un cop per setmana i sempre que sigui necessari.

Setembre de 2005

PROTOCOL D'HIGIENE DELS ULLS

Definició

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

Objectius

Mantenir neta 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 i/o pomada epitelitzant
- Bossa per als residus

Preparació

Preparació del personal

- Rentat higiènic de mans abans i després del procediment.
- Utilització de guants d'un sol ús.

Preparació del pacient

- Informar el pacient i/o la família del que ens disposem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar.
- Col·locar al pacient en decúbit supí o posició més adient.

Procediment

1. Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
2. Rentar-se higiènicament les mans i posar-se guants.
3. 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.
4. Eixugar suaument amb una gasa la zona de la parpella, de l'angle intern a l'extern, procurant no erosionar la còrnia.
5. Repetir l'operació a l'altre ull, utilitzar una gasa diferent per a cada ull
6. Un cop eixugada la regió ocular, aplicar una pomada epitelitzant en el sac conjuntival inferior si escau.
7. Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat
8. Treure's els guants i fer el rentat higiènic de les mans
9. Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qualsevol 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.

Setembre de 2005

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 i protegida la cavitat bucal
Evitar infeccions i lesions
Afavorir la comoditat i el benestar del pacient

1. Pacient no col·laborador

Material

- Guants
- Ronyonera o recipient
- Tovallola
- Gases
- 1 Kocher o depressor. Palets higiènics
- Solució antisèptica (clorhexidina 0,12) o sèrum fisiològic
- Lubricant labial
- Got
- Bossa per als residus

Preparació

Preparació del personal

- Rentat higiènic de mans abans i després del procediment
- Utilització de guants d'un sol ús

Preparació del pacient

- Informar el pacient i/o la família del que ens disposem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar.

Procediment

1. Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
2. Rentat higiènic de mans i posar-se guants.
3. Col·locar el pacient en la posició més adient: fowler o semifowler, decúbit lateral o cap inclinat avall per evitar possibles aspiracions segons característiques del pacient
4. Retirar pròtesis dentals, si escau
5. Posar una tovallola sota la barbeta del pacient.
6. Humitejar les gases amb solució antisèptica. Embolicar la punta del depressor amb gasa fent una torunda.
7. Netejar l'interior de la boca, de dins a fora (paladar, laterals, llengua, genives i dents), tot canviant la gasa amb freqüència.
8. Inspeccionar la cavitat bucal.
9. Eixugar la part externa de la boca i els llavis amb gasa i lubricar-los, si escau.
10. Acomodar el pacient en la seva posició adequada.

11. Si té prescrit tractament, aplicar-lo després de la higiene bucal (solucions analgèsiques, antifúngiques o antisèptiques).
12. Si el pacient porta pròtesis dentals; procedir a la neteja de la pròtesi amb raspall i pasta dentífrica i col·locar-la al recipient adient amb antisèptic, netejar el recipient contenidor de la pròtesi almenys un cop al dia.
13. Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat
14. Retirar els guants i rentat higiènic de mans
15. Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qualsevol incidència.

2. 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 i ho supervisarem.

Precaucions o recomanacions

- Evitar lesionar les mucoses i les genives.
- Evitar provocar nàusees al pacient.
- Evitar mullar massa la gasa 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.

Setembre de 2005

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

- Palangana 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

- Rentat higiènic de mans abans i després del procediment
- Utilització de guants d'un sol ús

Preparació del pacient

- Informar el pacient i/o la família del que ens disposem a fer i, si escau, de quina manera ens poden ajudar.

Procediment

1. Preparar tot el material i tenir-lo a l'abast.
2. Rentar higiènicament les mans i posar-se els guants.
3. Protegir el llit amb la tovallola, si el procediment es fa en el llit.
4. Retirar, si n'hi ha, l'esmalt d'ungles amb cotó i acetona.
5. Posar les mans o els peus en remull en aigua tèbia.
6. Netejar les ungles amb el raspall i/o l'esponja sabonosa, i eixugar-les be amb la tovallola, insistint en els espais interdigitals.
7. Tallar les ungles tenint en compte que les dels peus s'han de tallar en línia recta i les de les mans en línia corba.
8. Aplicar una mica de crema hidratant i garantir la completa absorció.
9. Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
10. Treure els guants i rentar les mans.
11. Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qualsevol incidència.

Recomanacions

Insistir en els espais interdigitals a l'hora d'eixugar-los.

Atenció especial en malalts diabètics o amb una malaltia vascular perifèrica a l'hora de la cura dels peus.

Atenció especial als malalts amb una mà plègica.

En cas de dits interposats, posar cotó entre els dits per evitar la pressió

Tenir en consideració que si ens trobem davant d'un cas difícil de resoldre ha de ser atès per un especialista en podologia.

Revisió un cop per setmana, com a mínim.

Setembre de 2005

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 les mucoses genitals
Eliminar secrecions
Prevenir infeccions
Afavorir la comoditat i el benestar del pacient

Material

- Palangana o gerra 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

- Rentat higiènic de mans abans i després del procediment.
- Utilització de guants d'un sol ús.

Preparació del pacient

- Informar al pacient del que ens disposem a fer i, si escau, de quina manera ens pot ajudar.
- Garantir la intimitat.

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.

a) Genitals de la dona

1. Preparar tot el material a l'abast.
2. Rentar-se les mans higiènicament i posar-se els guants.
3. Retirar la roba, camisa de dormir, pijama de la zona a rentar, retirar el material absorbent d'incontinència si escau i cobrir amb un llençol o tovallola la part que no es neteja.
4. Col·locar el pacient de decúbit supí i cames flexionades si és possible.
5. Abocar una mica d'aigua a la zona genital de la pacient, separar els llavis externs, rentar els llavis interns i el meat uretral de dalt a baix, posteriorment els llavis externs. Esbandir i eixugar suaument.
6. Col·locar en decúbit lateral (segons conveniència) i procedir a netejar zona perianal i glutis.
7. Esbandir i eixugar.
8. Si porta sonda vesical, netejar i desinfectar el punt d'inserció amb povidona iodada i observar possibles canvis d'aspecte o anomalies.

9. Hidratar la zona amb crema.
10. Col·locar el material absorbent d'incontinència adient si escau.
11. Vestir el pacient o col·locar camisa de dormir o pijama.
12. Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
13. Treure guants i rentat higiènic de mans.
14. Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria de la pacient i comunicar qualsevol incidència.

b) Genitals de l'home

1. Preparar tot el material a l'abast.
2. Rentar-se les mans higiènicament i posar-se els guants.
3. Retirar la roba, camisa de dormir o pijama de la zona a rentar, retirar el material absorbent d'incontinència si escau i cobrir amb un llençol o tovallola la part que no es neteja.
4. Col·locar al pacient de decubit supí.
5. Abocar una mica d'aigua a la zona genital del pacient, netejar la zona de dalt a baix: primer penis (abaixant la pell del prepuci, ensabonant el gland fent moviments circulars des del meat urinari, esbandir, eixugar i apujar de nou el prepuci, evitant provocar edema) i després testicles. Esbandir i eixugar.
6. Col·locar en decúbit lateral (segons conveniència) i procedir a netejar zona perianal i glutis. Esbandir i eixugar.
7. Si porta col·lector retirar-lo per realitzar la higiene i col·locar-lo posteriorment.
8. Si porta sonda vesical, netejar i desinfectar el punt d'inserció amb povidona iodada i observar possibles canvis d'aspecte o anomalies.
9. Hidratar la zona amb crema.
10. Col·locar material absorbent d'incontinència si escau
11. Vestir el pacient o col·locar camisa de dormir o pijama.
12. Ordenar, recollir, netejar i/o rebutjar, segons protocol, el material utilitzat.
13. Treure guants i rentat higiènic de mans
14. Planificar i enregistrar el procediment en el pla d'infermeria del pacient i comunicar qualsevol incidència

Recomanacions

- Controlar la temperatura de l'aigua.
- Respectar en tot moment la intimitat del pacient.
- Eixugar la zona correctament, sobretot plecs interinguinals i 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.

Setembre de 2005

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 finalitat 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 50cl.
- Fonendoscopi.
- Esparadrap antial·lèrgic o material de fixació.
- Bossa col·lectora amb suport.

Preparació

Preparació del personal

- Mesures generals d'asèpsia.
- Rentat higiènic de mans i posar-se guants.

Preparació del pacient

- Informar l'usuari i/o la família del que volem fer, i com i de quina manera ens poden 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.
- Mantenir una correcta higiene nasal i bucal.

Procediment

1. Observar l'estat de les fosses nasals. Evitar la introducció de la sonda per l'orifici que presenti deformitats o obstruccions.
2. Col·locar una tovallola o amarador damunt el tòrax del pacient.
3. 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 l'apèndix xifoide i assenyalar la distància corresponent.
4. Lubrificar l'extrem de la sonda.
5. Demanar a l'usuari que tiri el cap enrere i introduir lentament la sonda per la fossa nasal. En

passar per la nasofaringe es pot provocar un llagrimaig, 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.

6. En passar la sonda per l'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 la cavitat bucal. En aquest cas la retirarem fins que quedi recta i intentarem introduir-la de nou.
7. 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.
8. Per comprovar la correcta posició de la sonda a l'estómac:
 - Aspirar contingut gàstric mitjançant una xeringa d'alimentació.
 - Aplicar el fonendoscop a l'epigastri i injectar una xeringa de 20 cl plena d'aire: si la posició és correcta auscultarem un soroll característic: "gloc- gloc".
9. Fixar la sonda amb esparadrap a l'aleta nasal del pacient per evitar decúbits i traccions.
10. 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.
11. Retirar el material i acomodar el pacient.
12. Registrar el procediment realitzat, dia, hora, tipus de sonda i calibre.
13. Anotar característiques del líquid drenat.

Retirada de la SNG

- Informar l'usuari i/o la família del que volem fer i de quina manera ens poden ajudar.
- Desconnectar la sonda de l'aspirador o de la nutrició si escau i pinçar-la.
- Retirar la fixació de la sonda del nas.
- Demanarem 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.
- Anotar-ho al registre: dia, hora, tipus, i calibre i motiu del sondatge, i les incidències .

Recomanacions

Comprovar la correcta col·locació de la sonda, especialment en pacients inconscients o amb l'agitació motriu.

Observar la integritat de la mucosa nasal i bucal diàriament.

Netejar l'orifici nasal amb un cotó humit.

Aplicar lubricant hidrosoluble a l'orifici nasal.

Comprovar la permeabilitat de la sonda. Rentats amb aigua, no aigua destil·lada (és hipotònica).

Mobilitzar la sonda canviant els punts de recolzament cada dia i l'esparadrap quan sigui necessari per evitar nafres per pressió.

Higiene bucal acurada.

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.

Retirar tot el material i dipositar-lo als contenidors adequats i fer un rentat de mans higiènic.

Tenir en compte la màxima durada segons el tipus de sonda utilitzada.

Setembre de 2005

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 incontinents que tinguin lesions cutànies pròximes a la zona perianal (nafres per pressió o eritemes).

Dirigit als usuaris del centre als quals s'hagi de practicar un cateterisme vesical.

Material

Per a la higiene dels genitals

- Guants d'un sol ús
- Gerra o palangana amb aigua tèbia
- Esponges sabonoses
- Orinal pla
- Gases
- Antisèptic aquós (povidona iodada o clorhexidina en cas d'al·lèrgia)

Per al sondatge

- Il·luminació correcta del lloc on es realitzarà la tècnica
- Guants estèrils
- Talla estèril
- Catèter vesical estèril (tipus i calibre segons el tipus de sondatge i del pacient).
- Lubricant urològic hidrosoluble
- Pinça kocher
- Recipient per obtenció de mostra estèril (si cal)

Si el sondatge ha de ser fix 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
- Sèrum fisiològic o aigua bidestilada, estèril de 10 ml
- Suport per a la bossa d'orina

- Esparadrap per fixar la sonda
- Tap de sonda vesical estèril (si cal)

Preparació

Preparació del personal

- Coneixement del protocol
- En base al tipus de sondatge (foley o female) i de les característiques de l'usuari (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
- Rentat antisèptic de les mans.

Preparació del pacient

- Informar l'usuari sobre el procediment que li practicarem 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.
- Indicar i ajudar a col·locar l'usuari en posició correcta (homes en decúbit supí, dones en posició ginecològica).
- Realitzar la higiene genital segons protocol
- Aseptitzar amb povidona iodada el meat urinari, o bé amb solució de clorhexina en cas d'al·lèrgia al iode.

Procediment

La persona que realitzi el sondatge:

1. Es posarà guants estèrils i prepararà el camp i el material estèril amb ajuda d'una altra persona, si cal.
2. Comprovarà el globus de la sonda, en cas de sonda foley, per si hi ha fuites
3. Es col·locarà al costat del pacient i amb la ma 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 la porció distal de la sonda.

•Cateterisme vesical masculí

Lubricar la sonda.

Aguantar el penis en posició vertical i retirar el prepuci 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 glande.

4. Un cop comenci a sortir orina es pot recollir mostra en recipient estèril
5. 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
6. Si la quantitat d'orina emesa supera els 250 cl cal pinçar el tub de drenatge uns 5 min. alternativament, per evitar descompressió sobtada de la bufeta.
7. Inflar el globus vesical amb 5-10 ml de SF segons indiqui el catèter i retirar suaument el catèter fins que el globus quedi anellat al coll vesical.

8. Fixar el catèter amb esparadrap a la cara interna de la cuixa del pacient.
9. Penjar la bossa col·lectora al suport corresponent.
10. Recollir el material utilitzat.
11. Rentat higiènic de les mans.

Recomanacions

Sondar només quan sigui totalment imprescindible i revaluar 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 al manteniment.

Setembre de 2005

PROTOCOL DE MANTENIMENT DEL CATETERISME VESICAL

Definició

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

Objectius

Reduir el risc de complicacions locals i generals derivades del sondatge vesical fix (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.

Dirigit als usuaris del centre que siguin portadors d'un cateterisme vesical permanent.

Material

- Guants d'un sol ús
- Gerra o palangana amb aigua tèbia
- Esponges sabonoses
- Tovallola
- Solució de povidona iodada o bé clorhexidina
- Gases
- Esparadrap hipoal·lèrgic
- Bossa col·lectora (quan sigui necessari canviar-la)

Preparació

Preparació del personal

- Coneixement del protocol
- En base a l'estat del pacient caldrà una o dues persones (infermera, auxiliar, cuidador).
- Preparació del material necessari per evitar desplaçaments innecessaris.
- Rentat higiènic de mans.

Preparació del pacient

- Informar el pacient sobre el procediment que li practicarem, i de quina manera hi pot col·laborar.
- Prendre les mesures adequades per respectar la seva intimitat.
- Preguntar si és al·lèrgic al iode.
- 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 al seu suport adequat, en cas del pacient hospitalitzat cal deixar-la sempre visible.

Procediment

1. Col·locació de guants d'un sol ús.
2. Realitzar la higiene dels genitals, segons protocol, i de la sonda dos cops al dia i, si ho necessita, en cas d'embrutar-se amb femta.0

3. Netejar acuradament la zona del meat i el punt d'unió amb el catèter vesical amb aigua i sabó i aplicar solució antisèptica un cop al dia.
4. Mobilitzar la sonda en sentit rotatori, sobre ella mateixa, per evitar adherències, dos cops al dia i després de la higiene
5. Canviar la subjecció del catèter a la pell, amb esparadrap hipoal·lèrgic nou, assegurant que quedi ben fixat per evitar estiraments de la sonda.
6. Comprovar el funcionament del drenatge tancat, descartant signes d'obstrucció:
 - Absència d'orina
 - Fuites d'orina per arrebossament
 - Distensió abdominal i/o dolor
7. 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.
8. La bossa col·lectora es canviarà cada 7 dies en circuit tancat o quan sigui necessari, mantenint totes les mesures d'estricta asèpsia en la manipulació.
9. Vigilar que les bosses estiguin penjades al suport i que no s'arrosseguin per terra.
10. Evitar que es formin colzes al conducte del drenatge
11. Evitar mobilitzacions brusques que puguin provocar arrencaments o estiraments del catèter vesical.
12. Assegurar una aportació hídrica de 2-3 litres al dia per evitar sediments i garantir una bona permeabilitat.
13. El catèter vesical permanent es canviarà periòdicament segons les característiques del catèter (foley cada 30 dies, silicona cada 2-3 mesos).
14. En cas de retirada del catèter cal aspirar o buidar, prèviament, la quantitat del globus vesical.

Recomanacions

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.

Setembre de 2005

PROTOCOL DE CONTROL DE DIÛRESI

Control de diüresi en el 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 l'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

Preparació del personal

- Coneixement del protocol.
- Rentat higiènic de mans.
- Utilització de guants d'un sol ús en recollir i mesurar l'orina.
- A realitzar per la infermera o l'auxiliar.

Preparació 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

1. Comprovar la identificació del contenidor d'orina, que correspongui al pacient a qui li fem el control.
2. En cas de ser un contenidor sense graduació, recollirem l'orina en una gerra graduada
3. Mesurar la quantitat d'orina.
4. Observar les característiques de l'orina (color, densitat....)
5. Llençar el contingut al vàter.
6. Anotar en el full de diüresi i en la gràfica la quantitat i les característiques de l'orina.
7. Recollir i netejar el material utilitzat, cal esbandir amb lleixiu la gerra de medicació abans de sortir de l'habitació.
8. Rentat de mans higiènic.
9. La indicació i periodicitat del control serà per prescripció facultativa.

Recomanacions

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...).

Control de diüresi en el 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.

Objectius

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
- Lleixiu

Preparació

Preparació del personal

- Coneixement del protocol.
- Rentat higiènic de mans.
- Utilització de guants d'un sol ús en recollir i mesurar l'orina.
- A realitzar per la infermera o l'auxiliar.

Preparació del pacient

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

Procediment

1. Obrir la vàlvula de la bossa d'orina i drenar-ne el contingut dins la gerra graduada.
2. Assegurar que un cop buida la bossa, la vàlvula quedi ben tancada.
3. Realitzar la mesura i valorar les característiques qualitatives de l'orina.
4. Tirar el contingut de la gerra al vàter.
5. Recollir i netejar el material utilitzat, cal esbandir amb lleixiu la gerra de mesura abans de sortir de l'habitació.
6. Rentat antisèptic de mans.

Recomanacions

No desconnectar la bossa de la sonda, utilitzar la clau.
Mantenir la bossa per sota del nivell de la bufeta urinària.
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...)

Setembre de 2005

PROTOCOL DE CANVI DE BOSSA DE DIÛRESI

Definició

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

Objectius

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
- Povidona iodada
- Gases estèrils

Preparació

Preparació del personal

- Coneixement del protocol.
- Rentat de mans higiènic.
- Utilització de guants d'un sol ús.
- A realitzar per la infermera / auxiliar / cuidador.

Preparació del pacient

- Informar el pacient de la tècnica que practicarem 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

1. 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.
2. Els col·lectors peneals es pinçaran per l'extrem més distal per procedir al canvi de bossa
3. Desconnectar la bossa i connectar-ne una de neta després de netejar la connexió amb iode.
4. Despinçar la sonda i observar que el circuit no presenti colzes.
5. 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.
6. Buidar el contingut de la bossa a través de la clau de sortida o tallant la bossa amb tisores al vàter.
7. Llençar la bossa al contenidor adequat.
8. Retirar els guants i llençar-los al contenidor adequat.
9. Rentat de mans higiènic.

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
Registrar les incidències.

Setembre de 2005

PROTOCOL DE PERFUSIÓ SUBCUTÀNIA CONTÍNUA

Definició

Administració per via subcutània utilitzant dispositius portàtils mecànics d'un sol ús. La velocitat d'infusió ve determinada pel diàmetre del capil·lar que variarà segons els diferents sets d'administració.

Objectius

Administració de medicació.
Control de símptomes.
Sedació, quan sigui necessari.
Evitar puncions de repetició.
Proporcionar més autonomia al pacient i família.
Reduir risc de complicacions (edema, sèpsis....).

Material

- Palometa 25G o 23G
- Tires adhesives per fixar la palometa
- Apòsit de polietilè transparent (tipus pocite)
- Xeringa estèril de 2 ml
- Guants d'un sol ús
- Antisèptic habitual
- Sèrum glucosat o fisiològic
- Taps intermitents Luer-lock de rosca per a la càrrega
- Clau de tres vies

Preparació

Preparació del personal

- Rentat higiènic de mans
- Col·locar-se els guants

Preparació del pacient

- Informar el pacient i la família del procediment a seguir
- Respectar les normes comunes d'administració de qualsevol medicament
- Assegurar la correcta connexió al sistema
- No infondre sobre zones eritematoses

Procediment

1. Preparació del material.
2. Neteja de la zona de punció.
3. Carregar la xeringa i purgar la palometa.
4. Substitució del tap de la palometa.
5. Localitzar la inserció més còmoda.
6. Col·locació del pacient en la posició més adequada per a la inserció.
7. Aplicació de l'antisèptic o alcohol.
8. Col·locació de la palometa al teixit subcutani i fixació de la palometa amb tires adhesives.
9. Aplicació de l'apòsit transparent que permet veure la coloració de la pell.

Recomanacions

Alternar les zones de punció: pectorals, braços (deltoides, bíceps...), cuixes (quadríceps ...) i abdomen.

Retirar la perfusió al cap de 7 dies 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.

Setembre de 2005

PROTOCOL DE CATETERISME VENÓS PERIFÈRIC

Definició

Inserció d'un catèter biocompatible en l'espai intravascular, central o perifèric 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 les al·lèrgies a la cinta adhesiva i al iode.
- Tenir en compte si el pacient porta tractament anticoagulant.
- La canalització està contraindicada en els membres de pacients afectats de les següents patologies:
 - AVC
 - Extirpació de ganglis limfàtics.
 - Axil·lars (mastectomies).
 - Fístules arteriovenoses (hemodiàlisi).
 - Qualsevol altra alteració circulatoria (ferides, hematomes, flebitis, altres puncions recents).
- Preguntar al pacient si és dretre o esquerrà per facilitar la seva autonomia.

Material

- Xopador
- Antisèptic (solució iodada, alcohol 70°)
- Tisores o rasurador si escau
- Catèter
- Esmark
- Equip de perfusió
- Solució a perfondre
- Clau de tres vies i/o tap groc
- Material de cura i fixació
- Guants de làtex
- Pal sèrum amb rodes
- Gases

Preparació

Preparació del personal

- Mesures generals d'asèpsia.

Preparació del pacient

- Informar el pacient i/o la família de la tècnica que es realitzarà 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.
- Col·locar el xopador sota el braç.
- Rentar i si cal tallar amb tisora o rasurar el pèl de la zona d'inserció.
- Aplicar antisèptic a la zona.

Procediment

1. Seleccionar el punt de punció venosa. Preferentment s'escollirà la part distal dels membres superiors i s'elegirà el braç no dominant, si es pot.
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 esmarch.
 - Col·locar-se els guants.
 - Introduir el catèter comprovant permeabilitat.
 - Retirar l'esmarch.
 - 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.
8. Retirar guants i rentat higiènic de mans.

Recomanacions

Anotar en gràfica el tipus de catèter i l'extremitat utilitzada, fent constar l'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. Mantenir-lo net.

Controlar la permeabilitat.

Canviar de catèter al cap de 72 hores o si apareixen els signes comentats o qualsevol complicació.

No utilitzar agulles com a presa d'aire.

Elegir el calibre del catèter segon el tipus de perfusió i cabal de la vena.

Tècnica asèptica en retirar el catèter.

Setembre de 2005

PROTOCOL D'OSTOMIES

A) PROTOCOL DE CURA DE LES COLOSTOMIES

Definició

Cures que cal realitzar en canviar la bossa recol·lectora i/o la placa adhesiva d'un dispositiu d'ostomia.

Objectius

Control de deposicions.
Promoure la higiene i el confort del pacient.
Evitar olors.

Material necessari

- Guants
- Equip de colostomia: bossa o placa
- Gases
- Esponja sabonosa
- Palangana
- Bossa de brossa

Preparació

Preparació del personal

- Rentat higiènic de mans.
- Posar-se guants.

Preparació del pacient

- S'explicarà al pacient la tècnica que es realitzarà i se 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.
- Desvestir, si és necessari, el pacient per accedir a la zona abdominal.
- Respectar la intimitat.

Procediment

Canvi de bossa cada 12 hores:

1. Retirar la bossa.
2. Netejar amb gases la placa de l'estoma.
3. Col·locar la bossa nova.

Canvi de bossa cada 48 hores o quan sigui necessari:

1. Retirar suaument la bossa i la placa de l'estoma.
2. Netejar amb una esponja sabonosa la pell del voltant de l'estoma.
3. Esbandir i eixugar amb gases.
4. Observar possibles alteracions de la integritat cutània del voltant de l'estoma.
5. Retallar la placa segons el diàmetre de l'estoma.
6. Col·locar la placa i la bossa.

En ambdós casos l'infermer/a:

Vestir de nou el pacient

Tirar tot el material utilitzat i la bossa en els contenidors de residus apropiats

Retirar-se els guants i realitzar rentat higiènic de mans

Recomanacions

En cas de diarrea:

- Informar al metge.
- Administrar dieta astringent, si hi ha prescripció.
- Canviar la bossa i realitzar higiene de la periestomia tants cops com sigui necessari.

En cas d'alteració de la integritat cutània del voltant de l'estoma:

- Extrepar la higiene de la zona.
- Realitzar la cura de la lesió.
- Valorar la possibilitat d'ús d'un altre dispositiu.

Sol·licitar sempre la col·laboració del pacient, fomentar l'autocura.

Comprovar que la bossa i la base de la placa s'acoblin bé.

Registre:

- Registre de la quantitat i característiques de la femta en el full 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.

B) PROTOCOL DE CURA DE LES TRAQUEOSTOMIES

Definició

Cures que cal realitzar per al correcte manteniment de la traqueostomia.

Objectius

Canvi de cànula de traqueostomia
Prevenir 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
- Cànula de traqueostomia

Preparació personal i pacient

- Explicar-li la tècnica que realitzarem i sol·licitar-li la col·laboració si és possible.
- Posició fowler.
- Per al personal, rentat higiènic de mans i posar-se guants.

Procediment

1. Preparar la cànula que cal col·locar.
2. Tallar la bena de subjecció de la cànula.
3. Retirar la cànula que porta.
4. Netejar amb sèrum fisiològic i gases estèrils el voltant de l'estoma, retirant secrecions seques.
5. Eixugar bé la zona.
6. Col·locar la cànula nova.
7. Posar gases de protecció o apòsit específic sota la cànula.
8. Subjectar la cànula amb una bena al voltant del coll.
9. Netejar la cànula que hem tret amb aigua i sabó i un escovilló específic deixant-la amb solució desinfectant.
10. Retirar-se els guants i realitzar rentat higiènic de mans.

Recomanacions

Valorar la integritat cutània del voltant de l'estoma.

Assegurar-nos que estigui ben subjectada.

Agilitar el temps en el canvi de cànula per evitar el risc d'espasme.

Canvi mínim de cànula metàl·lica cada 24 hores o cada cop que calgui. En el cas de les d'un sol ús amb pneumotamponament quan sigui necessari (màxim 1 mes).

Netejar bé amb l'ajuda de l'escovilló la cànula perquè no quedin restes de secrecions adherides.

Registrar al curs clínic la cura realitzada i les possibles alteracions.

Definició

Cures que es realitzen per al correcte manteniment de la gastrostomia endoscòpica percutània.

Objectius

Prevenir possibles complicacions.

Material

- Guants
- Gases estèrils
- Sèrum fisiològic
- Povidona iodada

Preparació del personal i del pacient

- Explicar-li la tècnica que realitzarem i sol·licitar-li col·laboració si és possible.
- Respectar al màxim la intimitat.
- Posar-lo en decúbit supí i descobrir la zona.
- Per al personal, rentat higiènic de mans i posar-se guants.

Procediment

1. Sempre que es manipuli la sonda l'hem d'observar amb la finalitat de detectar migracions internes o externes, si la sonda està desallotjada cal notificar-ho al metge o la infermera responsable.
2. Passats els 7 o 10 primers dies es netejarà la pell del voltant de la sonda cada dia amb aigua i sabó. Si hi ha secrecions seques es poden estovar amb aigua oxigenada. S'ha de mantenir la sonda ben subjectada quan es realitzi la neteja de la pell.
3. Els moviments en espiral i giratori, ja descrits, seran una cura diària, i s'aprofitarà per fer-los al moment de la neteja de la zona.
4. Passats els 7 o 10 primers dies la zona de la gastrostomia cal deixar-la sense apòsit oclusiu, només subjectarem la sonda amb esparadrap hipoal·lèrgic en cas que el pacient sigui portador d'una sonda llarga.
5. Si el pacient està desorientat, per 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.
6. Retirar-se els guants i realitzar rentat higiènic de mans.

Recomanacions

Valorar possibles perdues 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. La durada de la PEG inicial es d'1 any i cal consultar el facultatiu per al recanvi. Registre al curs clínic de la cura realitzada i les possibles alteracions. Cal comprovar el contingut del globus de la sonda cada 15 dies per valorar possibles pèrdues. Sempre utilitzar aigua.

Definició

Cures que cal realitzar en canviar la bossa recol·lectora i/o la placa adhesiva d'un dispositiu d'ostomia.

Objectius

Control de la diuresi.
Promoure la higiene i del confort del pacient.
Evitar olors i humitats.

Material necessari

- Guants
- Equip d'urostomia: bossa o placa
- Gases
- Esponja sabonosa
- Palangana
- Bossa de brossa

Preparació

Preparació del personal

- Rentat higiènic de mans
- Posar-se guants

Preparació del pacient

- L'infermer/a explicarà al pacient la tècnica que realitzarem i li sol·licitarà la 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.
- Desvestir, si és necessari, el pacient per accedir a la zona abdominal.
- Respectar la intimitat.

Procediment

Canvi de bossa cada 12 hores:

1. Retirar la bossa.
2. Netejar amb gases la placa de l'estoma.
3. Col·locar la bossa nova.

Canvi de bossa cada 24 hores i quan sigui necessari:

1. Retirar suaument la bossa i la placa de l'estoma.
2. Netejar amb una esponja sabonosa la pell del voltant de l'estoma.
3. Esbandir i eixugar amb gases.
4. Observar possibles alteracions de la integritat cutània del voltant de l'estoma.
5. Retallar la placa segons el diàmetre de l'estoma.
6. Col·locar la placa i la bossa.

En els dos casos l'infermer/a:

1. Vestir de nou el pacient.
2. Tirar tot el material utilitzat i la bossa en els contenidors de residus apropiats.
3. Retirar-se els guants i realitzar rentat higiènic de mans.

Recomanacions

En cas d'alteració de la integritat cutània del voltant de l'estoma:

- Extrepar la higiene de la zona.
- Realitzar la cura de la lesió.
- Valorar la possibilitat d'ús d'un altre dispositiu.

Sol·licitar sempre la col·laboració del pacient, fomentar l'autocura

Comprovar que la bossa i la base de la placa s'acoblen bé.

Registre

- Registre de la quantitat i característiques de l'orina 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.

Setembre de 2005

PROTOCOL PER A LA RECOLLIDA DE MOSTRES

A) PROTOCOL DE 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
 - Povidona iodada al 10%
 - 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
 - Povidona iodada al 10%
 - Xeringa estèril
 - Agulla IM (0,8 mm x 40 mm)
 - Bisturí
 - Pinces
 - Material de cures prescrit
 - Mitjà de transport
 - Etiquetes identificatives

Preparació

Preparació del pacient:

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

Preparació del personal:

- Rentat higiènic de mans.
- Col·locar-se guants.

Procediment

Aspiració percutània:

1. Destapar l'UPP.
2. Desinfectar la pell periulceral amb povidona iodada al 10%

3. Netejar de forma concèntrica aquesta zona.
4. Deixar eixugar, com a mínim durant un minut, per tal que la povidona iodada exerceixi la seva acció antisèptica.
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 cal 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 l'UPP.
10. Retirar-se els guants.
11. Rentat higiènic de mans.
12. Enviar la mostra al més aviat possible al laboratori.

Biòpsia tisular:

1. Destapar l'UPP
2. Neteja de l'UPP amb sèrum fisiològic.
3. Pintar amb 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'obtinguen per aspiració amb xeringa i agulla.
5. Dipositar la mostra obtinguda en el mitjà de transport.
6. Etiquetar la mostra.
7. Curar l'UPP
8. Retirar-se guants.
9. Rentat higiènic de mans.
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.

Definició

Obtenir mostres per analitzar.

Objectius

Realitzar frotis per cultivar.

Obtenir les mostres correctament per a la prova sol·licitada.

Material

- Guants
- Escovilló
- Etiquetes identificatives
- En el frotis de ferides: gases estèrils, material de cures prescrit.

Preparació

Preparació del pacient

- Explicar al pacient el procediment que se li realitzarà i demanar-li la col·laboració, si pot.

Preparació del personal

- Rentat higiènic de mans.
- Col·locar-se guants.

Procediment

Frotis de ferides quirúrgiques:

1. Destapar la 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. Passar l'escovilló fent un moviment rotatori per la part interna de la ferida que se sospita que pot estar infectada.
4. Dipositar l'escovilló en un recipient.
5. Etiquetar el tub.
6. Curar la ferida i tapar.
7. Retirar-se els guants.
8. Rentat higiènic de mans.
9. Enviar el frotis al més aviat possible al laboratori.

Frotis nasal:

1. Passar l'escovilló per les fosses nasals fent un moviment rotatori.
2. Dipositar l'escovilló en el recipient.
3. Etiquetar el tub.
4. Retirar-se els guants.
5. Rentat higiènic de mans.
6. Enviar el frotis al més aviat possible al laboratori.

Frotis axil·lar:

1. Desvestir el pacient, només la zona necessària.
2. Passar l'escovilló per les aixelles.

3. Etiquetar el tub.
4. Retirar-se els guants.
5. Rentat higiènic de mans.
6. Enviar el frotis al més aviat possible al laboratori.

Recomanacions

Col·locar-se guants per manipular les mostres.
Comprovar que el recipient estigui ben identificat abans d'enviar-lo al laboratori.
Assegurar-nos que l'escovilló estigui ben tancat.
Registre: anotar en història clínica el dia de recollida de la mostra.

Definició

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

Objectius

Realitzar un cultiu de l'esput.

Obtenir les mostres correctament per a 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

- Explicar al pacient el procediment que se li realitzarà i demanar-li la col·laboració.

Preparació del personal

- Rentat higiènic de mans.
- 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 traqueostomia recollir la mostra amb escovilló segons el protocol de recollida de frotis.

Pacient no col·laborador:

1. Connectar l'equip d'aspiració.
2. Procedir a l'aspirat de secrecions.

3. Quan s'hagi aspirat una part de les secrecions, parar la succió abans de retirar la sonda per tal que una part d'aquestes quedi a la sonda d'aspiració.
4. Dipositar la mostra obtinguda en el pot estèril.

En ambdós casos:

5. Tapar correctament el pot de la mostra.
6. Etiquetar-lo.
7. Enviar la mostra al més aviat possible al laboratori.
8. En cas d'haver utilitzat aspirador netejar-lo i emmagatzemar-lo.
9. Retirar-se els guants.
10. Rentat higiènic de mans.

Recomanacions

Assegurar-nos que la mostra obtinguda no és merament saliva.

Higiene de la boca.

Guardar la mostra a la nevera.

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 el dia de la recollida i l'aspecte de la mostra.

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
- Povidona iodada
- Alcohol 70°
- Gases
- Etiqueta d'identificació

Preparació del pacient i del personal

- Explicar al pacient el procediment que se li realitzarà i com pot col·laborar-hi, si està conscient.
- Pinçament de la bossa abans de la recollida.
- Col·locar el pacient en una posició adequada.
- Preservar la intimitat durant la realització del procediment.

Procediment

1. Rentat higiènic de mans i col·locació de guants.
2. Desinfecció de la zona de punció (dispositiu específic per a la presa de mostres) amb povidona iodada i esperar que s'eixugui 1-3 minuts.
3. S'extreu 20 ml d'orina mitjançant la punció en la zona pintada.
4. Buidament del contingut de la xeringa al recipient estèril evitant el contacte amb les mans.
5. Despinçament de la bossa i identificació de la mostra.
6. Rentar les restes de povidona iodada.
7. Retirar els guants i rentat higiènic de mans.
8. Portar la mostra al laboratori al més aviat possible o deixa-la a la nevera un màxim de 72 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 el full de curs clínic.

Sense sondatge vesical

Definició

Obtenció d'una mostra d'orina (20 ml) 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
- Cunya/ampolla

Preparació del personal i del pacient

- Explicar al pacient el procediment que se li realitzarà i com pot col·laborar-hi (si està conscient).
- Preservar la intimitat durant la realització del procediment.
- Realitzar rentat higiènic de mans i col·locar-se guants.

Procediment

1. Acompanyar al pacient el bany si és autònom o col·locar la cunya si el pacient està enllitat.
2. Realitzar la higiene de genitals segons protocol.
3. Obrir el recipient, procurant que el voraviu no entri en contacte amb 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 la cunya, ampolla o wc.
6. Tancar el recipient.
7. Retirar la cunya, si està enllitat.
8. Retirar els guants i rentat higiènic de mans.
9. Etiquetar la mostra i avisar al servei de recollida corresponent per portar-la immediatament al laboratori o a la nevera durant un màxim de 72 hores.

Recomanacions

Per evitar la 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 hagin transcorregut 4 hores des de l'última micció.

Si el pacient és autònom afavorir la seva independència per 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 manipular les mostres.

Anotar la data de recollida de la mostra i les incidències sobre la recollida en el curs clínic.

E) PROTOCOL DE 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
- Cunya
- Etiqueta d'identificació
- Escovilló (si la mostra és escassa o hi ha manca de deposició)
- Xeringa (si la femta és líquida)

Preparació del pacient i el personal

- Explicar al pacient el procediment que es farà i com pot col·laborar-hi (si està conscient).
- Col·locar una cunya si el pacient està enllitat. Si el pacient és autònom i pot col·laborar se li explicarà que ha de fer la deposició a la cunya, no al wc, per poder recollir la mostra.
- Preservar la intimitat del pacient mentre realitza la deposició.
- L'auxiliar farà un rentat higiènic de mans i es posarà 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 sangonosa.
3. Identificar la mostra.
4. Retirar els guants i rentat higiènic de mans.

Per a coprocultiu:

1. 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'introduirà l'extrem de l'escovilló a l'anus i es guardarà la mostra a l'envàs.
2. Identificar la mostra.
3. Retirar els guants i rentat higiènic de mans.
4. Enviar al més aviat possible al laboratori.

Recomanacions

Per evitar les mostres mal recollides és necessari utilitzar els recipients adequats.
Obtenir la quantitat suficient de la mostra.
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 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 amb aquesta finalitat (ampolla).

Conèixer aliments i fàrmacs que poden alterar el resultat i enviar anotada l'informació al laboratori.

Guardar les mostres a la nevera.

Anotar al curs clínic la data de la recollida de la mostra, el tipus de deposició, la coloració de la femta i les incidències sobre la recollida.

Setembre de 2005

PROTOCOL DE PREVENCIÓ DE LA INFECCIÓ RESPIRATÒRIA

Definició

Mesures que cal prendre per a la prevenció de la infecció respiratòria.

Objectius

- Prevenir sequedat de pell i mucoses.
- Evitar ambients secs.
- Prevenir microaspiracions de material sèptic en el descans.
- Prevenir acumulació de secrecions.

Material

Per norma general:

- Aigua
- Gelatines
- Espessants
- Humidificadors
- Clorhexidina
- Guants
- Gases
- Raspall de dents

Per a l'aspiració de secrecions:

- Sonda d'aspiració intermitent amb punta roma estèril
- Contenedor per aspiració
- Sèrum salí per a la neteja de la sonda
- Guants
- Lubricant hidrosoluble
- Equip de connexió a l'aspiració
- Aspirador
- Gases
- Tub de Mayo

Preparació

Preparació del personal:

- Rentat higiènic de mans.
- Posar-se guants.

Preparació del pacient:

- Explicar-li la tècnica que es realitzarà i demanar-li la col·laboració si és possible.
- Col·locar-lo en la posició més adequada segons la tècnica que es realitzarà.

Procediment

1. Valorar la sequedat de pell i mucoses.
2. Marcar pautes d'hidratació: aigua en els pacients que sigui possible i gelatines i espessants en els que tinguin problemes de deglució.
3. Humidificar l'ambient: ventilar l'habitació cada dia sempre que sigui possible i/o amb l'ajut d'un humificador.

4. Higiene bucal correcta per prevenir microaspiracions de material sèptic en el descans: rentats bucal amb clorhexidina després de les menjades. Valorar l'estat de salut bucal.
5. Fisioteràpia i rehabilitació respiratòria: mobilització precoç i clàpping si és necessari per facilitar l'expectoració de secrecions.
6. Canvis posturals per prevenir acumulació de mucositats.
7. A l'hora de les menjades i durant l'hora posterior mantenir en posició fowler el pacient per evitar broncoaspiracions.
8. Aspiració de secrecions si és necessari:
 - Pacient conscient: col·locar-lo amb el cap girat cap a un costat per l'aspirat oral o amb el coll amb hiperextensió per a l'aspiració nasofaríngea. Al pacient inconscient: decúbit lateral mirant cap a nosaltres, utilitzar el tub de Mayo per facilitar l'aspiració i el reflux.
 - Preparar l'equip d'aspiració.
 - Regular la pressió en el manòmetre de succió.
 - Col·locació de guants estèrils.
 - Lubricar la sonda d'aspiració si s'aspira per via nasal.
 - Introduir la sonda fins a la tràquea sense aspirar.
 - Retirar aspirant intermitentment.
 - Els períodes d'aspiració no superaran els 10 segons.
 - Netejar la sonda amb gases i repetir la tècnica si cal.
 - Animar el pacient conscient a respirar profundament i a tossir entre les aspiracions.

Recomanacions

Incidir en la necessitat de deixar de fumar.

Vacunació antigripal i antipneumocòccica.

Observar canvis en la coloració de les secrecions per a la detecció precoç de possibles complicacions.

En cas d'aspiracions, canviar la sonda d'aspiració cada cop que calgui.

Registre: anotar en curs clínic les tècniques i mesures realitzades.

En cas de secrecions anotar-ne la coloració i l'aspecte.

Setembre de 2005

PROTOCOL D'AÏLLAMENT EN CAS D'INFECCIÓ O COLONITZACIÓ PER MICROORGANISME MULTIRESISTENT (MRSA)

Definició

Existeixen soques d'*Staphylococcus aureus* que s'han fet resistents a les meticil·lines i oxacilines, això fa que se'ls atribueixi una gravetat especial ja que són més difícils d'eradicar i per aquest motiu, són gèrmens que han de ser controlats per tal de prevenir brots epidèmics.

Aquest bacteri, l'*Staphylococcus aureus metilcil·linoresistent* (MRSA), pot colonitzar (sense infecció) la pell i les fosses nasals de les persones sanes. En determinades circumstàncies (baixada de defenses) esdevé patògens i és causa d'infecció en pulmó, orina, pell i mucoses.

El MRSA és un bacteri que es pot transmetre per contacte directe entre pacients, amb les mans del personal sanitari i dels cuidadors que estan en contacte amb pacients colonitzats i indirecte a través d'objectes contaminats.

És un microorganisme que no suposa cap risc per a les persones sanes, però el personal sanitari pot ser portador asimptomàtic, és a dir, pot estar colonitzat pel bacteri sense presentar ni infecció ni cap simptomatologia. La importància de la detecció de l'estat de portador consisteix en el fet d'evitar la possible transmissió als pacients.

La infecció per MRSA pot ser més greu que la causada per *Staphylococcus* sensible a l'oxacil·lina i és més difícil de tractar.

Objectius

Informar de les precaucions que s'han de tenir en compte davant d'un pacient colonitzat o infectat per MRSA

Prevenir la difusió d'aquest germen i els possibles brots epidèmics en els centres.

Dirigit a tots els pacients / residents colonitzats o infectats per MRSA.

Material

Habitació:

- Si no es disposa d'habitació individual, els pacients colonitzats o infectats poden compartir habitació. En cas de compartir-la amb un pacient no infectat aquest no ha de tenir lesions cutànies ni ser portador de sondes ni catèters.
- L'aïllament en habitació individual és obligat en cas de colonització o infecció de les vies respiratòries i per a aquells malalts amb úlceres o ferides que presentin alteracions de conducta. Mantenir la porta sempre tancada i identificara fora el tipus d'aïllament. S'intentarà que el pacient no surti de l'habitació durant el període d'aïllament i es restringirà al màxim el nombre de visites.
- Es practicarà neteja diària amb una associació d'aldehids a l'1% i alternativament es pot emprar lleixiu al 0,1% per a les superfícies no metàl·liques.

Material d'ús clínic (preferible d'ús individual en cada habitació):

- Esfigmomanòmetre: cap precaució especial.
- 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, guardar a l'habitació.
- Fonendoscop: neteja després de cada ús amb alcohol de 70°.
- Efectes personals: ús individual, dins l'habitació.

- Vaixella: cap precaució especial si es disposa de rentavaixelles industrial o bé:
 - Opció 1 (45° prerentat, 60° rentat, 85° esbandit)
 - Opció 2 (60° durant 20 min., 90° esbandit durant 5 min.)
- Roba: tota la llenceria, roba del pacient i bates del personal s'ha de canviar diàriament i sempre que sigui necessari:
 - Temperatura de prerentat de 8 a 10 min. a 30°C-40°C
 - Temperatura de rentat durant 15 min a 60°C- 80° C
- Material de cures: dins l'habitació, d'ús individual. Els residus derivats de les cures es posaran en bosses i es tractaran com els residus del grup II
- En cas d'haver de sortir de l'habitació per trasllat, la llitera o cadira de rodes serà desinfectada amb associació d'aldehids o lleixiu
- Bates per al personal i els cuidadors: es deixaran dins l'habitació penjades individualment i es canviaran diàriament, i si s'embruten.
- Guants: d'un sol ús. Seran estèrils o no segons l'actuació. Es retiraran i llençaran abans de sortir de l'habitació
- Sabó antisèptic o solució antisèptica alcohòlica: cal un rentat de mans antisèptic abans de sortir de l'habitació.
- Netejar, desinfectar o esterilitzar el material abans d'utilitzar-lo en altres pacients.

Visites i trasllats:

- Els 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 trastorns de conducta.

Preparació

Preparació del personal

- Coneixement del protocol.
- Coneixement de les mesures estàndard d'aïllament de contacte.
- Escrupolós rentat de mans amb sabó antisèptic abans i després d'estar en contacte amb qualsevol pacient colonitzat/infectat.
- Ús de bata individual (ubicada dins l'habitació).
- Ús de guants a l'entrada a l'habitació després del rentat de mans
- Canviar-se diàriament la roba de treball i donar-la per a rentar al final de la jornada
- Les cures als pacients colonitzats/infectats per MRSA es deixaran per al final, és a dir, primer es curaran els pacients que no ho estan.

Preparació del pacient

- S'informarà el pacient i la família del motiu i la finalitat de l'aïllament.
- Explicarem al pacient i la família les normes generals de l'aïllament de contacte per tal que les entenguin i respectin.

Procediment

Per aconseguir la detecció precoç dels pacients colonitzats per MRSA, en el moment de l'ingrés es practican cultius en els pacients amb antecedents d'infeccions procedents de centres d'internament (hospitals d'aguts, centres sociosanitaris, residències geriàtriques...). Els cultius es practican de fosses nasals, d'orina (en cas de portar sonda vesical) i de ferides (ostomies recents, úlceres per pressió i ferides amb signes d'infecció).

Aïllament

Si és possible s'aïllarà en el moment de l'ingrés els pacients amb cultius positius, sobretot que tinguin associat un sondatge urinari, una ostomia recent, úlceres per pressió i/o ferides amb signes d'infecció.

Si no és possible aïllar el pacient en una habitació individual, s'aplicaran les mesures d'aïllament de contacte a nivell individual i s'evitarà que el pacient amb qui hagi de compartir habitació tingui ferides susceptibles de poder ser colonitzades o trastorns de conducta.

Tractament tòpic i sistèmic de les úlceres infectades o colonitzades

Segons protocol intern de cada centre.

Tractament dels portadors nasals

Aplicar mupirocina nasal 2%, cada 8 hores durant 5 dies, després de la neteja de les fosses nasals.

Efectuar un frotis de les fosses nasals 48 h després d'acabar el tractament (el mateix escovilló per a les dues fosses).

Si no s'aconsegueix l'eradicació després de dos cicles de tractament, considerar el canvi a un antibiòtic alternatiu (àcid fusídric, neomicina) segons antibiograma.

Es considerarà que s'ha eradicat el MRSA en pacients quan s'obtinguin 2 resultats negatius consecutius de frotis de la zona infectada o colonitzada practicats a intervals setmanals.

Higiene dels pacients amb MRSA

Es realitzarà diàriament la higiene corporal (assistida o no) amb sabó de clorhexidina aquosa al 0,05%, insistint especialment en plecs cutanis, axelles, genitals, espais engonals i interdigitals. Higiene capil·lar almenys un cop a la setmana.

Recomanacions

No és necessari realitzar de manera rutinària l'estudi de portadors entre el personal sanitari del centre ja que no s'ha demostrat se n'ha efectivitat com a mesura de control.

Es practicarà un estudi de portadors de MRSA quan es produeixin més casos dels habituals (a determinar en cada centre segons la incidència).

La Comissió d'Infeccions del centre serà qui dictami quan s'ha d'efectuar un estudi de portadors.

El responsable del servei o centre serà l'encarregat d'elaborar una llista de contactes del pacient portador:

- Personal sanitari amb contacte habitual amb els casos

- Familiars i cuidadors habituals dels casos

- Pacients que comparteixin habitació durant més de 4 dies

Registrar el procediment de detecció precoç (data de recollida dels cultius, àrea de cultiu i programació de nous controls si s'escau).

Es recomana l'ús de solucions alcohòliques com a alternativa al rentat antisèptic per haver-se'n comprovat la major eficàcia i comoditat (sempre s'utilitzi adequadament) i una millora en les taxes de complimentació rentat tradicional.

Setembre de 2005

MANEIG DELS RESIDUS SANITARIS

Definició

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

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 el 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 contra 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 desapropiat 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 mgr/cm ² 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 i 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 infecto-contagioses: còlera (femta), febre hemorràgica causada per virus (tots), brucel·losi (pus), diftèria faringia (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 punxent 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 paratífoida A, B, C (femta), pesta bubònica (pus), pesta pneumònica (secrecions respiratòries), poliomeilitis (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'arrossegat 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-ne realitzar la seva desinfecció i la neteja corresponents.

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 punxent 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 arrossegat-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 remoure dins de les bosses i recipients.

No se'n han d'omplir més de 3/4 parts i en cap cas es pot 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 en finalitzar el treball o quan es canvia d'activitat.

Setembre de 2005

BIBLIOGRAFIA

1. "Precaucions i mesures d'Aïllament per evitar la transmissió de les infeccions als centres sanitaris" Monografia de la unitat 9 de la col·lecció "Recomanacions per a la prevenció de la infecció als centres sanitaris". Dept. de Sanitat i Seg. Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999
2. "Precaucions per a la prevenció de la infecció als centres sanitaris". 2ª edició. Dept. de Sanitat i Seg. Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1991
3. "Protocol d'investigació de brots d'infeccions nosocomials". Dept. de Sanitat i Seg. Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999
4. "Antisèptics i Desinfectants" Monografia de la Unitat 4 de la col·lecció "Recomanacions per a la prevenció de la infecció als centres sanitaris" Dept. de Sanitat i Seg. Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1995
5. "Manual de procediments d'infermeria". Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Direcció d'Infermeria, 2002
6. "Manual y protocolos asistenciales". Fundación SAR y Fundación Avedis Donabedian (FAD), Ed. Herder, 2000.
7. "Manual de protocols d'infermeria". Hospital de Santa Maria. Direcció d'infermeria . GSS. Lleida, 2002.
8. "Protocol de recollida de mostres per cultius microbiològics". Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida, 2003.
9. "Dossier de protocols d'infermeria". Hospital Comarcal del Pallars. Comissions multidisciplinars intrahospitalaries. Tremp, 2004.
10. "Manual de procediments de la divisió d'infermeria". Comissions multidisciplinars intrahospitalaries. Fundació Sant Hospital. La Seu d'Urgell, 2005.
11. "Recull de protocols d'infermeria". Direcció d'infermeria. Hospital Jaume d'Urgell. Balaguer, 2004.
12. "Manual de sugerencias en el manejo de úlceras cutáneas crónicas infectadas". Membres del GNEAUP. Coloplast productes mèdics S.A. Jarpyo Editores, 1997.
13. "Cuidado de la gastrostomia". Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica. Bear Myers. Ed. Paradigma.
14. "El papel del personal de enfermería en el cateterismo uretral y sus cuidados". Cap. 27. Patología urológica. Enfermería Geriátrica, clínica y práctica. B. Gil. Editorial Paradigma.
15. "Cuidado de las sondas" Cap. 43. Cuidados de enfermería de los adultos con trastornos de las vías urinarias. Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica. Bear Myers. Editorial Paradigma.

16. "Procediment de cateterització vesical intermitent o permanent (fitxa núm.5).Elaborat segons protocol de la C.S. de Bellvitge (H. Prínceps d'Espanya).
17. "Guia Terapèutica Antimicrobiana", 13a. Ed. Mason, 2003
18. "Recommendations for the control of methicilin resistant staphilococcus aureus". World Health Organization, 1996.

Articles:

- " Catéteres uretrales".Revista núm 235, març 1998. ROL de Enfermeria,
- " Instauración, mantenimiento y retirada del sondaje vesical".VOL.V Revista núm.42, febrer 2002. METAS de Enfermeria.
- "Control de diuresis" Revista núm. 45, maig 2002. METAS de Enfermeria.
- " Infecciones del tracto urinario en ancianos hospitalizados portadores de sonda vesical".VOL.8 Revista núm. 1, febrer 2005. METAS de Enfermeria.