

GLOSARIO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS

**José Vicente Carmona Simarro
Vicente Villar Amigo**

A mi madre “Pepita”, a Amparo, a Enrique

A Juan José Tirado Darder, porque con él siempre habrá un antes
y un después en la Enfermería Valenciana

A mis compañeros de la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del
Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia... no os olvido

JVC

Dirección y coordinación:



CARMONA SIMARRO, JOSE VICENTE
Profesor Titular
Departamento de Enfermería y Fisioterapia
Universidad CEU Cardenal Herrera
Moncada - Valencia

Diplomado en Enfermería. Universidad de Valencia
Licenciado en Antropología Social y Cultural
Especialista Universitario en Educación, y Rehabilitación
en Conductas Adictivas

Miembro de ASECVAR, ASEEDAR-TD (Asociación
Española de Enfermería en Anestesia, Reanimación y
Terapia del Dolor)

Miembro de AEEC (Asociación Española de Enfermería
en Cardiología)

Miembro de IDYCA (Instituto sobre Drogas y Conducta
Adictivas)

jvcsim@terra.es

jvc@uch.ceu.es



VILLAR AMIGO, VICENTE

Doctor en Farmacia

Profesor Titular

Facultad de Ciencias Experimentales y de la
Salud, Universidad CEU Cardenal Herrera

Moncada, Valencia, España

Miembro de IDYCA (Instituto sobre Drogas y Conducta
Adictivas)

Presidente de la Fundación SIDA y Drogas

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
(CECOVA)

Imprime: Gráficas Estilo - Alicante

Distribuye: IMTEXMA - Alicante

Depósito Legal: A-476-2006

I.S.B.N.: 84-689-9021-3

Colaboradores:

Abrisqueta Carratala, Luis
Diplomado en Enfermería
Universidad CEU Cardenal Herrera
Moncada, Valencia

Álvarez Royo, Francisco
Diplomado en enfermería
Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI)
Hospital de la Ribera
Alzira, Valencia

Bueno López, Noemí
Diplomada en Enfermería
Universidad CEU Cardenal Herrera
Moncada, Valencia

Casal Angulo, M^a Carmen
Profesora asociada
Universidad CEU Cardenal Herrera
Enfermera del Servicio de Emergencias Sanitarias de
Valencia
Miembro de IDYCA (Instituto sobre Drogas y Conducta
Adictivas)

Cardona Alos, Moisés
Diplomado en Enfermería
Universidad CEU Cardenal Herrera
Moncada, Valencia

Delgado Sorlí, Javier
Fisioterapeuta
Universidad CEU Cardenal Herrera
Moncada, Valencia

Domingo Berenguer, M^a Teresa
Licenciada en Filosofía y Letras. Universidad de Valencia
Licenciada en Antropología Social y Cultural.
Universidad Católica de Valencia

*Especialista Universitario en Educación, y
Rehabilitación en Conductas Adictivas
Docente del Curso “Soporte Vital Avanzado”.
Universidad CEU Cardenal Herrera. Moncada, Valencia*

*Gallego López, JM
Profesor Asociado
Universidad de Valencia
Enfermero del Servicio de Reanimación (REA)
Hospital Clínico Universitario
Valencia*

*Llabata Carabal, Pilar
Profesor Titular
Universidad CEU Cardenal Herrera
Moncada, Valencia
Miembro de IDYCA (Instituto sobre Drogas y Conducta
Adictivas)*

*Martínez Cornellt, Demelza
Diplomada en Enfermería
Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI)
Hospital de la Ribera
Alzira, Valencia*

*Rosado Calatayud, Pedro
Fisioterapeuta
Vicedecano de Fisioterapia
Diplomado en Enfermería
Universidad CEU Cardenal Herrera
Moncada, Valencia*

*Tirado Darder, Juan José
Licenciado en Enfermería
Profesor Asociado
Universidad CEU Cardenal Herrera
Docente del Curso “Soporte Vital Avanzado”.
Universidad CEU Cardenal Herrera. Moncada, Valencia*

PRÓLOGO

Tras más de diecisiete años de actividad asistencial, realizada en diferentes instituciones sanitarias, principalmente de la Comunidad Valenciana, y en concreto en unidades de críticos; UCI, Reanimación y Servicio de Emergencia Sanitaria, SAMU, etc., empiezo a releer aquellos apuntes que tenía en mi época de estudiante, y entre ellos aparece una pequeña libreta manuscrita, que utilicé en mi primer año de trabajo, ya como profesional de Enfermería. En ella aparecen todos los conceptos, procedimientos y aspectos que en aquellos primeros momentos me parecieron más importantes, y que fui anotando día a día, junto a esquemas y dibujos. Debo decir, que mi primer servicio fue Reanimación, en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, allá por el año 1988, en el que estaba como Jefe de Servicio Don Vicente Chuliá Campos. Como no, recordar a mis primeros “maestros” y compañeros de turno; Lola, Fernando, Paco, Carmen, Amparo y especialmente a Valentín Sorli, actualmente en el Servicio de Emergencias Sanitarias de Valencia (SAMU), del que aprendí gran parte de los conocimientos prácticos y teóricos que tengo, fue un excelente maestro y compañero. Ya en aquellos primeros años conocí a José M. Gallego del que pronto compartimos, no solo, nuestra actividad asistencial, sino también nuestro “espíritu investigador”, como parte del proceso formativo individual de nuestra profesión y paralelo al beneficio de los pacientes que diariamente asistimos, a lo que se une un tercer punto, una gran amistad. Desde entonces nuestra actividad investigadora

ha sido prolifera y siempre con la vista puesta en el futuro. Pues bien, en aquella libreta aparecen conceptos, a modo de diccionario o enciclopedia, con dibujos trazados a mano, que todavía hoy me sorprenden por su utilidad, dibujos que hoy en día, realizo a mis alumnos, a los que enseño en la Universidad. De ahí, surge esta idea de hacer una recopilación de conceptos relacionados con los pacientes críticos, conceptos ordenados alfabéticamente, para su localización y consulta rápida, con esquemas y algunas imágenes, y que aunque en algunos casos parezcan muy básicos, a aquellos profesionales que empiezan su actividad asistencial, sobre todo en unidades de críticos o urgencias, le serán de suma utilidad. Y aunque sea una frase ya muy utilizada; “quizás no están todos los que son, pero son todos los que están”, ya que una obra, pienso yo, sobre todo en el terreno en que nos movemos, no se puede dar como finalizada. Otro método de trabajo, para hacer más completa esta obra, ha sido, el que nuestros colaboradores, algunos de ellos estudiantes de Enfermería del tercer curso, han ido confeccionando una lista de términos y conceptos de Enfermería relacionados con los cuidados críticos, y que desde su perspectiva era necesario incluir; el resultado ha sido más que positivo, ya que nos han recordado muchos de ellos, que nosotros, profesionales con años de experiencia, no dábamos como importantes. Y sin más espero que sean benévolo con nosotros.

Gracias.

Hasta la próxima edición.

José Vicente Carmona Simarro

ABREVIATURAS

AIT	Accidente isquémico transitorio
AVC	Accidente cerebro vascular
DEM	Disociación electromecánica
ECG	Electrocardiograma
EEG	Electroencefalograma
EES	Estimulación electrosistólica externa
FA	Fibrilación auricular
FC	Frecuencia cardíaca
FiO ₂	Fracción inspiratoria de O ₂
FV	Fibrilación ventricular
GC	Gasto cardíaco
HIC	Hipertensión intracraneal
HSA	Hemorragia subaracnoidea
IAM	Infarto agudo de miocardio
IRA	Insuficiencia respiratoria aguda
IVD	Intravenosa directa
IVI	Insuficiencia ventricular izquierda
MCE	Masaje cardíaco externo
PCP	Presión capilar pulmonar
PAD	Presión arterial diastólica
PAM	Presión arterial media
PAS	Presión arterial sistólica
PAP	Presión arterial pulmonar
PEEP	Presión positiva al final de la espiración
PCR	Parada cardiorrespiratoria
PLS	Posición lateral de seguridad
PVC	Presión venosa central
RCP	Reanimación cardiopulmonar
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TET	Tubo endotraqueal

A

ABSCESO

Colección de pus dentro de una cavidad.

ABDUCCIÓN

Movimiento que se aleja de la línea media, hacia fuera.

Con relación a los pacientes críticos, y en concreto con los pacientes en coma, dentro de los cuidados de enfermería se encuentra la colocación de los pies en ligera abducción.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (AVC)

Interrupción brusca del aporte de O₂ a las células nerviosas cerebrales, generalmente provocada por la obstrucción (isquemia) o ruptura (hemorragia) de uno o más vasos sanguíneos que riegan el cerebro. El AVC isquémico tiene tres mecanismos principales; trombosis, embolia e hipoperfusión sistémica. El AVC hemorrágico provoca la destrucción del tejido neuronal, debido a la infiltración y acumulación de sangre.

Tipos de AVC:

- Infarto cerebral.
- AIT (accidente isquémico transitorio).
- Hemorragia intracerebral.
- HSA (hemorragia subaracnoidea).
- Hematoma subdural.
- Hemorragia epidural.

ACICLOVIR

Fármaco con actividad antiviral. Utilizado en el tratamiento de infecciones por Herpes varicela zoster y Herpes simple, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Primer nucleósido purínico sintético eficaz en los casos mencionados.

Presentaciones comerciales: Zovirax ®, Virmen ©, etc.

ACIDOSIS COMPENSADA

El ph se mantiene dentro en los límites normales. Ph entre 7.35-7.45.

ACIDOSIS DESCOMPENSADA

Existe un exceso de CO₂ libre o un nivel deficiente de álcalis. Hay una disminución del ph sanguíneo producido por una disminución del bicarbonato o un aumento de ácido carbónico. Ph < 7.35.

ACIDOSIS METABÓLICA

Existe un exceso de ácidos orgánicos o inorgánicos, o pérdida excesiva de álcalis. Su mecanismo compensador el aparato respiratorio actúa disminuyendo la pCO₂. Su tratamiento consiste en corregir la enfermedad causal, cuando sea posible, y administrar cantidades adecuadas de bicarbonato, si fuera necesario.

ACIDOSIS RESPIRATORIA

El ph disminuye por debajo de 7.35 como consecuencia del aumento en la pCO₂. Debida a un defecto en la ventilación alveolar. El mecanismo compensador se realiza a nivel renal reteniendo bicarbonato.

ACINETOBACTER

Cocobacilos gramnegativos aeróbicos estrictos. De la familia de las neiserias. Pueden ser responsables de sépsis y procesos supurativos. En las unidades de críticos es necesario realizar aislamiento a los pacientes portadores.

ACLARAMIENTO

Cantidad de plasma depurado de una sustancia a su paso por el riñón. Se expresa en ml/min.

ACLARAMIENTO DE CREATININA

Mide la capacidad del riñón para aclarar la sangre de creatinina y proporciona el valor aproximado del índice de filtración glomerular. Aumenta a medida que disminuye la función renal. Para su determinación se debe recoger la orina de 24 horas y efectuar una extracción de sangre.

ACROANESTESIA

Anestesia de las extremidades.

ADUCCION

Acto de acercar un miembro a la línea media; contrario a la abducción.

ADRENALINA

También epinefrina. Hormona secretada por la médula suprarrenal. Agonista adrenérgico de acción β (Beta) predominante y α (alfa); acción vasopresora. Por vía parenteral actúa a nivel cardíaco como estimulante, hipertensivo y tiene un efecto broncodilatador. Se utiliza principalmente en la parada cardiorrespiratoria (PCR). Por vía local actúa como hemostática y vasoconstrictora de elección en el

shock anafiláctico. En ocasiones se asocia a los anestésicos locales para incrementar el efecto de éstos. En las unidades de críticos se administra por vía intravenosa directa (IVD) y en perfusión intravenosa. También se puede administrar por vía intratraqueal (por el tubo endotraqueal), intraósea, subcutánea, inhalatoria e intramuscular. No se debe utilizar por vía intravenosa en concentraciones mayores de 1:250.000, y en el tratamiento del asma y en combinación con anestésicos locales la dosis total no debe sobrepasar los 0.6 mg.

Presentación:

1 ampolla 1% = 1 mg = 1 ml.

AFASIA

Incapacidad completa o parcial para utilizar o comprender el lenguaje o los símbolos.

Tipos:

- Afasia de Broca (de expresión); el paciente realiza un habla lenta, con esfuerzo.
- Afasia de Wernicke (de comprensión); el paciente posee un habla normal, fluida y espontánea, pero introduce en la conversación palabras equivocadas o inapropiadas (parafasias).

AGNOSIA

Incapacidad de reconocer objetos, personas o sonidos, previamente conocidos.

Tipos:

- Visual
- Táctil
- Auditiva

AGRAFIA

Imposibilidad de expresarse por escrito.

AGUDO

Proceso de instauración reciente (horas o días).

AINE

Antiinflamatorio no esteroideo. Poseen un efecto analgésico y antipirético; algunos de ellos también poseen una acción antiinflamatoria. Indicados en el dolor de carácter leve o moderado, preferentemente antiinflamatorio. Desventajas; estrecho margen entre la dosis eficaz y la dosis techo. Interfiere con el funcionamiento de las plaquetas y por ello puede producir sangrado con facilidad.

Por ejem: Diclofenaco (Voltaren ®), Ketorolaco (Toradol ®), Naproxeno (Naproxin ®), etc.

AISLAMIENTO

Separación de pacientes con una enfermedad contagiosa.

Tipos de aislamiento:

- Estricto. Prevención de la transmisión de enfermedades que se pueden contagiar a través de contacto directo y/o vía aérea.
- De contacto. Prevención de enfermedades infecciosas que se propagan por contacto directo.
- Inverso. Protección hacia paciente inmunodeprimido.
- Respiratorio. Prevención de la propagación de enfermedades transmisibles por vía aérea.

ALBÚMINA

Proteína de mayor concentración en el plasma. Principal determinante de la presión oncótica del plasma, ya que la concentración de albúmina en la

sangre es mayor que en el líquido extracelular. Valor normal en adultos: 3,5–5,5 g/dl. Disminuye en caso de ascitis. Su administración se realiza como expansor de volumen junto con cristaloides en shock hipovolémico, en hipoalbuminemia y para reposición de proteínas en pacientes quemados.

ALCALOSIS COMPENSADA

Existe un aumento de bicarbonato en sangre, pero el ph se mantiene dentro de los límites normales por un mecanismo de compensación.

ALCALOSIS DESCOMPENSADA

Acidosis con aumento del ph de los líquidos corporales debido a un fallo de los mecanismos de compensación en la alcalosis compensada.

ALCALOSIS METABÓLICA

Caracterizada por un aumento de ph $> 7,45$ debido a un aumento en la concentración plasmática de bicarbonato. El mecanismo compensador corre a cargo del pulmón, aumentando la $p\text{CO}_2$.

Puede producirse por un exceso de álcalis; por una ingesta excesiva o por un aumento en la reabsorción renal de bicarbonato, o una pérdida de ácidos a nivel gastrointestinal y/o renal.

ALCALOSIS RESPIRATORIA

Ph > 7.45 como consecuencia de la eliminación excesiva de CO_2 ; es causada generalmente por hiperventilación. El mecanismo compensador se realiza a nivel renal reteniendo bicarbonato.

ALLEN, TEST DE

Prueba que se realiza antes de la canalización o punción de la arteria radial con dos fines principalmente; la extracción sanguínea arterial para determinación gasométrica y la monitorización cruenta de la presión arterial. La compresión digital de las arterias radial y cubital produce un blanqueamiento palmar seguido de una hiperemia (enrojecimiento de la palma) al liberar cualquiera de las dos arterias. La prueba de Allen determina si hay suficiente flujo cubital colateral para profundir la mano, en el caso de una oclusión de la arteria radial; si la reperfusión no se produce al cabo de aproximadamente 8-10 segundos de la liberación de la arteria cubital, no se deberá canalizar o puncionar la arterial radial estudiada.

AMBÚ®

Balón de reanimación que se utiliza como ventilador manual (Fig.1). Debe estar conectado a una mascarilla, a ser posible transparente, que cubre boca, nariz y surcos nasogenianos. Existen varios tamaños para adecuarse al volumen tidal del paciente (lactante, pediátrico y adulto). Debe de conectarse a una fuente de O₂ (10–15 l/min) y a un reservorio.

(Ver Anexos TABLA 1).

ANALGESIA

Falta o supresión de sensación dolorosa, normalmente sin pérdida de otros modos de sensibilidad.

ANAFILAXIA

Síndrome clínico resultante de una reacción de hipersensibilidad grave. Se caracteriza por colapso cardiovascular y compromiso respiratorio.

ANEMIA

Disminución de la concentración de hemoglobina (Hb) o del número de eritrocitos, debido a destrucción, o trastorno en su formación. Tipos; ferropénica, pernicioso, hemolítica e hipoplásica. En los distintos tipos lo que varía es la causa que la produce.

Valores de referencia de la hemoglobina (de 18 a 49 años):

Varón: 13.5 – 17.5 g/100 ml.

Hembra: 12.0 – 16.0 g/100 ml.

ANESTESIA

Pérdida de la sensibilidad dolorosa tras administración de fármacos anestésicos.

ANEURISMA

Bolsa o protusión que se forma por la dilatación o rotura de una pared venosa o arterial, que se llena de sangre del caudal del vaso. Pueden localizarse en cualquier región predominando la aorta abdominal. Por ejem; aneurisma aórtico (arteria aorta), ventricular (en el ventrículo), cerebral (en una arteria del cerebro), etc.

ANGINA

Isquemia miocárdica transitoria. También “angina de pecho”. El dolor anginoso se describe como una opresión, localizado en la región retrosternal o en toda la cara anterior del tórax e irradiado hacia los brazos, el cuello o mandíbula. Según las características en las que aparece el dolor, la angina se puede clasificar de esfuerzo, de reposo y mixta. La angina de Prinzmetal es una variante de la angina de reposo, caracterizada por una elevación transitoria del seg-

mento ST del ECG durante la crisis.

ANGIOCARDIOGRAFIA

Registro cardiografico seriado de las cavidades cardíacas y de los grandes vasos tras inyección de una sustancia radiopaca por vía intravenosa.

ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP)

Prueba diagnostica y terapéutica utilizada para ensanchar las arterias coronarias con estrechamientos provocados generalmente por ateromatosis. Indicada en el diagnostico y tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM). También denominada revascularización miocárdica.

ANGOR

Dolor torácico paroxismal, que irradia en ocasiones al brazo izquierdo, con sensación de constricción y muerte, ocasionado por una isquemia temporal del músculo cardíaco.

ANISOCÓRICAS, PUPILAS

Pupilas desiguales (asimétricas).

ÁNODO

Polo positivo (+).

ANTECUBITAL, FOSA

Lugar anatómico de elección para la canalización de una vía venosa periférica en caso de parada cardiorespiratoria (PCR), pues las venas se encuentran muy superficiales, son fáciles de canalizar y no se interrumpe la reanimación cardiopulmonar (RCP).

(Fig.2). También es ideal para las extracciones sanguíneas en general. Las principales venas que nos encontramos son la vena cefálica media (en la parte más externa) y la vena basílica media (en la cara interna). La basílica es la vena de primera elección en la inserción de una vía central por vena periférica tipo Drum® o Cavafix®, ya que anatómicamente es más fácil de canalizar hasta la vena cava; la vena cefálica en su paso por el hombro forma un ángulo más cerrado al enlazar con la vena axilar, y en muchas ocasiones el distal de la vía venosa, se queda en ese lugar anatómico, no pudiendo progresar hacia la vena subclavia.

ANTERIOR

En dirección a la parte frontal (también ventral), con relación al cuerpo.

ANURIA

También anuresis. Supresión de la secreción de la orina. Algunos autores consideran la anuria como una diuresis de menos de 50 ml/h, si embargo, otros opinan que siendo la producción de orina a nivel renal aproximadamente de 1ml/kg/h, se puede dar el caso de pacientes que por pesar menos de 50 kg no produzcan más de 50 ml a la hora (sin presentar problema alguno). Pensamos por tanto, que la diuresis se debe valorar no por su volumen sino por otras características; peso del paciente, tensión arterial, dieta, etc.

APACHE

Sistema de valoración de gravedad en pacientes críticos. En la actualidad se utiliza el Apache III o APS III; puntúa alteraciones neurológicas, ácido base, y

de signos vitales y pruebas de laboratorio, y de un componente de enfermedad crónica que incluye edad y estado de salud previo.

(Ver ANEXOS. TABLA 2).

ÁPEX

Punta de los ventrículos. También vértice. El ápex se inclina hacia la izquierda, hacia abajo y hacia delante.

APOPLEJÍA

Anulación de las funciones cerebrales. Existe pérdida de la motilidad voluntaria y del conocimiento, aunque se conservan la respiración y la circulación.

APNEA

Ausencia de respiración. Puede ser intermitente con trastornos del SNC o intoxicación medicamentosa y/o obstrucción de vías respiratorias. Si persiste puede desembocar a un paro respiratorio. En ventilación mecánica (paciente intubado) se aplica el concepto, como alarma de monitorización “tiempo de apnea” cuando el paciente está sin respirar durante un tiempo determinado prefijado en el respirador mecánico.

APRAXIA

Déficit de ejecución de patrones motores, en ausencia de alteración motora. Por ejem. en la marcha, no se pueden realizar los movimientos necesarios para andar.

ARACNOIDES

Membrana meníngea entre la piamadre y la duramadre en el encéfalo y médula.

ARRITMIA

Alteración en el ritmo cardíaco.

Tipos:

- Inotrópica. Debida a alteración en la conductividad cardíaca.
- Nodal. Síntoles originadas en el nodo auriculoventricular.
- Sinusal. Debida a interferencias en los impulsos originados en el nodo sinoauricular.
- Vagal. Por estimulación del neumogástrico.

Son también arritmias; las extrasístoles, el bloqueo cardíaco, la FA (fibrilación auricular), el flúter auricular y la taquicardia paroxística.

ARTERIAL, CATETER

Catéter para canalización de una vía arterial. La técnica de canalización arterial se realiza generalmente en las unidades quirúrgicas y en las de críticos; el objetivo es doble, por un lado se puede monitorizar la tensión arterial (sistólica PAS, diastólica PAD y media PAM), y por otro, realizar extracciones sanguíneas para determinaciones gasométricas (véase gasometría arterial). Las arterias más comunes a canalizar serán por orden de preferencia; la radial, la humeral y la femoral. En general, esta técnica se realiza en pacientes quirúrgicos, y en determinadas patologías; pacientes críticos (sobre todo en patología respiratoria), también en sépticos, neurológicos, etc.

ARTERIOGRAFÍA

Radiografía de las arterias tras inyección de una sustancia radiopaca. Puede ser coronaria, mediante cateterización cardíaca, renal, etc

ASCITIS

Acumulación de líquido en la cavidad peritoneal por exudación y trasudación. Puede ser parcial (también llamada tabicada) en donde el líquido solo ocupa una porción tabicada de la cavidad peritoneal, o también libre donde está ocupada toda la cavidad.

ASEPSIA

Método de prevenir las infecciones por destrucción o evitación de agentes infecciosos.

ASINTOMÁTICO

Cuando no presentan síntomas de la enfermedad.

ASISTOLIA

ECG. No existe ninguna actividad eléctrica cardíaca.(Fig.3).

ASPIRADOR DE SECRECIONES

Sistema de vacío utilizado para mantener limpias y permeables las vías respiratorias, eliminando las secreciones y así favorecer el intercambio gaseoso. El aspirador puede ser portátil (Fig.4) o estar acoplado al sistema de vacío del centro sanitario. En el paciente con tubo endotraqueal (TET) o traqueostomía, la técnica de aspiración se realiza de una forma aséptica, con sondas estériles, mascarilla y guantes. En el paciente con respiración espontánea, pero incapaz de eliminar las secreciones por sí mismo (por ejem. por disminución del nivel de conciencia), se

colocará un tubo de mayo, para facilitar la entrada de la sonda en la vía respiratoria alta.

ATAXIA

Irregularidad en la coordinación de movimientos musculares.

ATELECTASIA

Falta de extensión o dilatación, que ocasiona un colapso parcial a nivel pulmonar (Fig. 5). Suele observarse con mayor frecuencia después de una intervención quirúrgica abdominal o torácica mayor, a consecuencia de una hipoventilación de las porciones pulmonares en declive o de la limpieza inadecuada de las secreciones. En el paciente intubado con ventilación mecánica se puede prevenir la aparición de atelectasia pulmonar con la colocación de PEEP (presión positiva al final de la espiración) en el respirador. También puede ser una alteración crónica o aguda y se presenta en pacientes con EPOC.

ATETOSIS

Movimientos continuos involuntarios de los dedos y manos.

ATRESIA

Oclusión de una obertura natural.

ATROPINA

Fármaco. Alcaloide de la belladona. Parasimpático-lítico. Antagoniza la acción de la acetil colina (anticolinérgico). Se utiliza generalmente en la bradicardia y en la PCR. Se administra por vía parenteral (IVD) intravenosa directa. También se utiliza en las

intoxicaciones por organofosforados y por inhibidores de la colinesterasa, en perfusión intravenosa. Su uso es frecuente como medicación pre-anestésica. Se puede administrar también por vía intratraqueal, intraósea e intramuscular.

Presentación:

1 amp = 1 mg = 1 ml

AUTOPSIA

Necropsia. Examen de un cadáver.

AVF, AVL, AVR

ECG. Siglas de las derivaciones electrocardiográficas monopolares.

AZT

Siglas del fármaco Zidovudina o Azidotimidina. Aprobado por EEUU en 1987 para el uso en humanos como el primer medicamento contra el VIH. Antirretroviral que inhibe la replicación del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) se utiliza en el tratamiento de la infección por VIH como parte de una terapia combinada.

AZUL DE METILENO

Materia colorante derivada de la brea de hulla. Se emplea generalmente en histología, pero también en las unidades de críticos para el diagnóstico de la permeabilidad renal. Es también analgésico y antiséptico urinario.

B

BABINSKI, REFLEJO DE

Movimiento hacia arriba de los dedos de los pies (dorsiflexión) (Fig.6) en lugar de hacia abajo (flexión plantar) (Fig.7) al estimular la planta. Indica disfunción de la vía piramidal.

BALA DE OXIGENO

Botella metálica con oxígeno que generalmente se utiliza para el traslado de pacientes que necesitan oxígeno, ya sea con ventilación espontánea (gafas nasales, ventimask, etc), como con ventilación mecánica. En este segundo caso es muy importante que exista una buena presión de O₂ (entre 200 y 300 mmHg) para que el respirador portátil (Oxilog ®) funcione correctamente ya que, a parte de ser la fuente suministradora de O₂, este mismo oxígeno funciona como fuerza motriz de este ventilador mecánico.

BALANCE HÍDRICO

Resultado de la diferencia entre las cantidades hídricas y sólidas administradas y las pérdidas, en un período de tiempo.

Indicaciones:

- Pacientes críticos en general; pacientes de unidades de cuidados Intensivos, reanimación, unidades coronarias, pacientes sometidos a diálisis, quemados, etc.

- Pacientes de sala de hospitalización, que requieran un control estricto de las entradas y salidas; pacientes con fiebre mantenida, deshidratados, pacientes con anorexia, pacientes en tratamiento con diuréticos, oncológicos, pediátricos, etc.

El balance se podrá realizar de forma parcial; a una hora determinada, durante un turno; mañana, tarde o noche, o total (24 horas).

Podrá tener un resultado:

- Positivo; entradas mayores que las salidas.
- Negativo; salidas mayores que las entradas.
- Equilibrado o neutro; cuando las entradas y las salidas son aproximadamente iguales.

(Ver ANEXO. TABLA 3).

BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAORTICO

(BCIA). Asistencia mecánica coronaria (Fig.8). Mejora el aporte de oxígeno al miocardio y reduce la carga de trabajo al corazón. Igualmente mejora la perfusión cerebral.

Dos tipos de balón principalmente:

- De cámara simple; desplaza el volumen sanguíneo en dirección retrógrada (contraria al flujo de la sangre) y anterógrada.
- De cámara múltiple (dos o tres cámaras); desplazan el volumen sanguíneo casi en su totalidad en sentido retrógrado.

BIGÉMINO

Gemelo. Relativo al pulso.

BLOQUEO CARDÍACO

ECG. Interrupción de la conductibilidad del impulso cardíaco.

Tres grados de bloqueo:

- Primer grado; alargamiento del intervalo PR con ausencia del complejo QRS. Todos los impulsos llegan al ventrículo.
- Segundo grado; alargamiento progresivo del intervalo PR, uno o varios impulsos auriculares no llegan al ventrículo.
- Tercer grado; ningún impulso auricular llega al ventrículo. Ritmo auricular y ventricular independientes.

BOMBA DE PERFUSIÓN

Sistema utilizado para la infusión de fluidos y fármacos. Una de sus características más importantes es la presencia de uno, dos o más canales de infusión. Las bombas de un canal “tipo jeringa” pueden infundir de 50 a 120 ml de capacidad máxima con variaciones del ritmo de infusión de 0.1 ml. Se utilizan generalmente en pediatría, y en las unidades de críticos; UCI y Reanimación. Como ejemplos de fármacos utilizados podemos citar; insulina, cloruro mórfico, etc. Las bombas de dos y tres canales tienen la característica de que con una sola bomba se pueden utilizar hasta tres canales de infusión independientes, ahorrando espacio en el box del paciente. Las de última generación también incorporan variaciones del ritmo de perfusión de 0.1 ml.

BRADICARDIA

ECG. Lentitud de la frecuencia cardíaca. FC adulto < 60 latidos/minutos (Fig.9).

BRADICINESIA

Lentitud anormal o enlentecido del movimiento. El paciente puede tener la cara inexpresiva y con aspecto de máscara, dificultad para masticar y tragar. El habla puede estar enlentecida y mal articulada.

BRADIPNEA

Frecuencia respiratoria reducida. FR adulto <12 respiraciones / minuto. Ritmo regular.

BRÁNULA PERIFÉRICA

Catéter para la canalización de vías venosas periféricas (Fig.10). Tabla estándar de los diferentes catéteres con relación al tamaño y ml/m que pueden profundir como máximo.

(Ver ANEXO. Tabla 4).

BRONCOCONSTRUCTOR

Fármaco o agente, que estrecha o contrae la luz bronquial.

BRONCODILATADOR

Fármaco o agente que dilata los bronquios. Pertenecen a tres grupos: β_2 -agonistas, anticolinérgicos y xantinas. Los β_2 -agonistas son los más potentes; los más empleados son los selectivos porque a dosis terapéuticas carecen de efecto sobre el sistema cardiovascular. Los anticolinérgicos constituyen el tratamiento de elección en enfermos con EPOC. Por ejem; salbutamol (Ventolin®), terbutalina (Terbasmisn®), bromuro de ipratropio (Atrovent®).

BRONCONEUMONÍA

Inflamación de los bronquios y los pulmones. Clínica; disnea, hipertermia, tos, y signos clínicos radiográficos.

BRONCOSCOPIA

Procedimiento en que el paciente es sometido a intubación y a la introducción de un escopio con fibra óptica en los bronquios para visualizar el área y retirar los tapones de moco, secreciones retenidas o cuerpos extraños.

BRONCOSCOPIO

Endoscopio caracterizado por llevar un dispositivo óptico y que se utiliza para examinar la tráquea y los bronquios. Puede utilizarse de forma diagnóstica, para visualización, o terapéutica, para aspiración de secreciones, etc.

BRONCOSPASMO

Espasmo de la musculatura bronquial producido por ejem. en el asma o por alguna reacción alérgica.

BY-PASS

Anastomosis quirúrgica que se realiza con el objetivo de evitar una porción vascular estenosada o que se ha obstruido. Se realiza mediante un injerto de arteria, vena o vaso artificial. En cirugía cardíaca se realizan “mono”, “doble”, “triple” y “cuádruple” by-pass, con injerto de venas safena o mamaria.

C

C

CÁNCER

Tumor maligno. Especialmente el formado por células epiteliales.

CÁNULA

Tubo abierto por ambos extremos. De calibre, material y forma variable (por ejem. cánula traqueal).

CARCINOMA

Neoplasia maligna (también tumor) formada por células epiteliales, con capacidad para producir metástasis a distancia.

CARCINOMATOSIS

Carcinomas diseminados.

CARDIO

Prefijo. Corazón, cardias.

CARDIOTÓNICO

Tónico cardíaco.

CARDIOVERSIÓN

Técnica con la que se pretende revertir una taquicardia mediante un choque eléctrico sincronizado con el complejo QRS. Se pretende disminuir el riesgo de producir una fibrilación ventricular (FV), que se podría provocar si al aplicar la descarga ésta coincidiera con el periodo vulnerable (onda T).

Indicaciones: TV (taquicardia ventricular) con pulso mal tolerada hemodinámicamente, TV con pulso bien tolerada pero resistente al tratamiento farmacológico, taquicardias supraventriculares (fibrilación auricular, flutter, etc.).

CARDIOVERSOR

Aparato utilizado en la cardioversión. Produce choques eléctricos externos de diferentes energías, medidas en julios; entre 0 y 360 julios. En las unidades de críticos generalmente existen monitores-desfibriladores-marcapasos, utilizados tanto para la desfibrilación (tratamiento de la FV; modo asincrónico) como para la cardioversión siempre en modo sincrónico (para la fibrilación auricular, flutter, etc.).

CARINA

Bifurcación traqueal.

CARRO DE PARADAS

También popularmente llamado “Carro de RCP”. Debe estar situado en una zona lo más visible posible. Es necesario revisarlo por lo menos una vez por turno. Componentes (ver ANEXO. Tabla 5).

CATÉTER

Instrumento tubular quirúrgico. Tipos: intravenoso, cardíaco, intraarterial.

Intravenosos:

- Catéter intravenoso periférico (bránula, Abbocath ®)
- Catéter central de acceso periférico; Drum ® (Fig. 11), Cavafix ® (Fig.12). De una y dos luces.

Cardíacos:

- Catéter venoso central (dos, tres luces o la denominada “megavía”).

- Catéter Swan-Ganz ®.

Intraarteriales

- Catéter para canalización de una arteria (Arteriofix®).

CÁTODO

Polo negativo (-).

CETOACIDOSIS DIABÉTICA

Trastorno letal causado por la falta grave de insulina eficaz, que provoca el metabolismo anómalo de los lípidos, los hidratos de carbono y las proteínas. Si no recibe tratamiento podría desembocar en un shock hipovolémico.

CETONURIA

Presencia de cuerpos cetónicos en la orina.

CHEYNE-STOKES, RESPIRACIÓN DE

Patrón respiratorio asociado a aumento de la PIC (presión intracraneal). Aparece un aumento gradual de la profundidad respiratoria seguida de un descenso también gradual, terminando con un período de apnea que dura entre 10 y 30 segundos. Puede estar producida por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), sobredosis de narcóticos o hipnóticos, hemorragia subaracnoidea, aumento de PIC, valvulopatía aórtica, etc.

CIANOSIS

Coloración azul y/o lívida de la piel y mucosas. Se asocia a patología cardíaca por insuficiente oxigenación de la sangre.

CISTECTOMIA

Resección parcial o total de la vejiga urinaria. La cistectomía radical implica la retirada de toda la vejiga, porciones de la uretra o toda ella y las porciones distales de ambos uréteres. Además, se extraen las vesículas seminales y la glándula prostática en los varones y los ovarios, el útero, las trompas de Falopio y la pared anterior de la vagina en las mujeres.

CISTITIS

Inflamación de la vejiga urinaria.

CK-MB

Enzima específica diagnóstica coronaria. Es una creatincinasa formada por dos subunidades M y B, de ahí las siglas. Los cambios enzimáticos son el tercer pilar de diagnóstico en el IAM; comienza a elevarse a las 4-6 horas del inicio de los síntomas, y alcanza su normalización a las 48-72 horas. Detecta necrosis menores de 0.1 g de miocardio.

CLAPPING

Percusión. Técnica realizada por el fisioterapeuta y/o enfermero para la movilización de secreciones bronquiales.

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID)

Coagulopatía aguda que se caracteriza por coagulación y hemorragia paradójicas. Se produce de forma secundaria a la diseminación de factores de coagulación en la circulación sanguínea por cirugía extensa, quemaduras, neoplasias, desprendimiento de placenta, reacciones transfusionales, sepsis, etc.

COLECISTECTOMIA

Extirpación de la vesícula biliar. Puede ser laparoscópica. Procedimiento quirúrgico más frecuente para el tratamiento de la Colecistopatía.

COLECISTOSTOMÍA

Abertura y drenaje de la vesícula biliar de cálculos biliares.

COLECTOMIA

Extirpación parcial o total del colon.

COLELITIASIS

Cálculos en la vesícula biliar.

COLICO NEFRITICO

Dolor originado en el riñón o las vías urinarias por el paso de un cuerpo sólido a su través. Suele ser un cálculo o coágulo sanguíneo.

COLONOSCOPIA

Escopia del colon.

COLOSTOMIA

Ano artificial. Abertura artificial en el colon.

COMA

Estado de sopor profundo dónde existe una abolición del conocimiento, sensibilidad y de la movilidad. Se puede producir tras ciertas enfermedades o ser de origen traumático por afectación del sistema nervioso central; por ejem. el TCE (traumatismo craneoencefálico). Se considera que un paciente está en coma cuando tras la realización de un test de Glasgow la

puntuación es menor o igual a 8. Tipos de coma; ácido, alcohólico, diabético, epiléptico, hipoglucémico, metabólico, tóxico, urémico, etc.

COMA VIGIL

Estupor con períodos de delirio. La persona presenta un estado semiinconsciente.

CONSTANTE

Inalterable, Dato, principio o hecho, no sujeto a cambios.

Tipos de constantes:

- Hemodinámicas; presión arterial (PA), presión arterial media (PAM), frecuencia cardíaca (FC), presión arterial pulmonar (PAP), presión capilar pulmonar (PCP), presión venosa central (PVC), etc.
- Respiratorias; frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SPO₂), etc.
- Neurológicas; presión intracraneal (PIC), saturación de oxígeno de la yugular (SJO₂), presión de perfusión cerebral (PPC), etc.
- Otras; temperatura corporal (T^a).

CONSTANTES BIOLÓGICAS

Valores de Referencia. Ver ANEXO. Tabla 6.

CONFUSIÓN MENTAL

Obnubilación de la conciencia, con desorientación temporospacial, trastorno de la conciencia, etc.

CONMINUTO

Relativo a fracturas en pequeños fragmentos.

CONVULSIÓN

Contracción involuntaria de la musculatura estriada.

Tipos:

- Tónica; se caracteriza por una contracción continua, sin fase de relajación.
- Clónica; se caracteriza por una alternación de relajación y contracción.

CPK

Abreviatura de la enzima creatinfosfocinasa, que se encuentra predominantemente en el corazón, en su isoforma CPK-2.

Sus valores normales en suero son:

Varon: 55 – 170 U/ml.

Mujer: 30 – 135 U/ml.

CRANEAL, CATÉTER

Catéter utilizado para la canalización del encéfalo.

Tipos según la localización del distal del catéter:

- Epidural / Subdural: En el espacio epidural o subdural (Fig.13).
 - Medición de la PIC.
- Ventricular. En los ventrículos cerebrales, generalmente I y II (Fig.14).
 - Medición de la PIC.
 - Drenado de LCR.
 - Administración de fármacos.
- Intraparenquimatoso (en tejido cerebral).
 - Medición de la PIC.
 - Drenado; LCR, sangre, pus, etc.

CREPITACIÓN

En la auscultación; sonido parecido cuando se frotran los cabellos entre los dedos. En el enfisema pulmo-

nar el paso del aire por los conductos pulmonares. En la palpación; sonido que produce el movimiento de un hueso fracturado.

CURA

Aplicación de varias sustancias y materiales en el tratamiento de una herida o lesión.

Tipos:

- Antiséptica; aplicación local de un antiséptico.
- Oclusiva; cura que cierra totalmente la herida.
- Radical; la que hace desaparecer totalmente una afección..
- Seca; la que aplica a una herida compresas o gasas secas.
- Húmeda; se aplican gasas húmedas a la herida

CURA HÚMEDA

Cicatrización de una lesión en unas condiciones determinadas de humedad y temperatura establecidas por un material que hace las veces de interfase entre la lesión y el medio ambiente exterior. Existen cinco categorías de productos capaces de producir estas condiciones de cura:

- Films o películas de poliuretano.
 - Espumas poliméricas.
 - Hidrogeles.
 - Hidrocoloides.
 - Alginatos.
-
- Films o películas de poliuretano; láminas sintéticas permeables al vapor de agua, oxígeno, al agua y a las bacterias. Constan de unas películas delgadas de copolímero elastomérico, con una permeabilidad variable al vapor de agua y oxígeno a la vez

que son impermeables al agua. Su capacidad de retención de exudado es elevada, aunque por si solos no tienen capacidad de absorción, por lo que están indicados en heridas de escasa o nula exudación.

- Espumas de polímero; apósitos que presentan una buena capacidad de absorción integrando parte del exudado en su estructura, evaporando el resto gracias a su permeabilidad al vapor de agua.
- Hidrogeles; gran poder de absorción, eliminan componentes tóxicos del lecho de la herida, y mantienen la humedad y la temperatura en el lecho lesional. Al no ser adhesivos, requieren de un apósito secundario para fijarlos en la herida. Los hidrogeles consisten en polímeros insolubles con espacio hidrofílicos, los cuales interactúan con soluciones acuosas absorbiendo y reteniendo volúmenes significativos de agua. Pueden presentarse en forma de una macro estructura tridimensional que generalmente se presenta en forma de placa o lámina, o en estructura amorfa. En caso de presentación amorfa (hidrogel líquido) absorbe fluidos de la herida hasta que desaparecen sus propiedades de cohesión convirtiéndose en una simple dispersión del polímero en agua, mientras que en el caso de las presentaciones en forma de placa el hidrogel mantiene la herida aislada del medio ambiente en condiciones de humedad.
- Hidrocoloideos; en química el término “coloide” sirve para referirse cuando se produce una dispersión uniforme de partículas muy pequeñas de un elemento en otro. Cuando se dispersan partículas sólidas en una fase líquida, se produce un “hidrocoloide”. Cuando se aplica un hidrocoloide en una

herida, la superficie que está en contacto directo con la herida absorbe el exudado y va formando un gel de consistencia semilíquida que en parte es absorbido por el apósito, el cual aumenta ligeramente su tamaño y en parte se mantiene en contacto directo con el lecho de la herida.

- Alginatos; pertenecen a un grupo de productos denominados ficocoloides. Se trata de un producto formado por sales del ácido algínico, un polímero que constituye un componente esencial de la pared celular de las algas pardas de las que se extrae para su uso farmacológico. Los alginatos tienen una gran capacidad de absorción, y tienen interesantes propiedades desbridadoras. Destacar la reducción del mal olor de las lesiones

D

D

DECORTICACIÓN, POSTURA DE

Flexión. El paciente encoge los brazos en flexión completa hacia el tórax, extendiendo las piernas rígidamente (Fig.15). Aparece en las lesiones del córtex cerebral.

DECÚBITO

Posición del cuerpo en estado de reposo y sobre un plano horizontal. Tipos de decúbito según la parte que reposa en el plano horizontal:

- Supino (o dorsal).
- Prono (o ventral).
- Lateral; derecho o izquierdo.

DERIVACIÓN ELECTROCARDIOGRAFICA

En electrocardiografía; que varía según el punto que deriva la corriente.

Con el cable de tres electrodos nos aparecen las derivaciones I, II y III (bipolares). La colocación correcta de los electrodos es (codificación de color según las normas IEC) (Fig.16):

- Rojo. (R). Electrodo negativo. En la parte superior derecha del torso, por debajo de la línea media clavicular.
- Amarillo. (L). Electrodo neutro o de referencia. En la parte superior izquierda del torso, por debajo de la línea media clavicular.
- Verde. (F). Electrodo positivo. En la parte izquierda del torso, por debajo del pezón, en la línea media clavicular.

La derivación I, produce buenas ondas P por lo que reflejan muy bien la actividad auricular.

La derivación II, produce buenas ondas QRS que reflejan la actividad ventricular.

Modificadas MCL1 Y MCL2:

MCL1

- Rojo. (R). Electrodo negativo. En la parte superior izquierda del torso, por debajo de la línea media clavicular.
- Amarillo. (L). Electrodo neutro o de referencia. En la parte derecha del torso, por debajo de la línea media clavicular.
- Verde. (F). Electrodo positivo. En la parte derecha del torso, por debajo del pezón, en la línea media clavicular, a nivel del 6° espacio intercostal.

La derivación obtenida es casi idéntica a V1 en el 90 % de los casos de ECG con ritmo sinusal (sólo un 40% en los casos de TV). Lo mismo para la derivación MCL2, que es similar a V6.

DESBRIDAR

Es eliminar el tejido necrótico y/o los esfacelos de una herida reduciendo los residuos y el tejido fibrótico.

DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO

El organismo es capaz de “autodigerir” el tejido necrótico en un ambiente húmedo. El desbridamiento autolítico estimulará la fibrinólisis que es la reabsorción y destrucción del coágulo de fibrina que se ha formado, mediante la activación de una enzima, lisozima, que será la responsable de este proceso. El desbridamiento autolítico tiene las ventajas de ser un proceso natural, indoloro, selectivo y atraumático.

DESBRIDAMIENTO ENZIMÁTICO

Consiste en la eliminación del tejido necrótico mediante la inyección o aplicación de enzimas (como puede ser la colagenasa, estreptodornasa o estreptokinasa) que degradan la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. Este tipo de desbridamiento ayuda como tratamiento a corto plazo en las lesiones con gran cantidad de tejido necrótico

DESBRIDAMIENTO NO SELECTIVO

Elimina, al mismo tiempo que el tejido necrótico, una parte del tejido sano. Encontramos varios tipos de desbridamiento; con apósitos húmedos a secos, hidrodesbridamiento, con agentes tópicos, etc.

DESBRIDAMIENTO SELECTIVO

Elimina sólo el tejido necrótico, encontramos cuatro tipos de desbridamiento; quirúrgico, osmótico, enzimático y autolítico.

DESBRIDAMIENTO OSMÓTICO

Se utiliza en úlceras con esfacelos. Con esta técnica se produce una absorción del exudado y de los esfacelos mediante un proceso osmótico (intercambio entre fluidos de distinta densidad).

DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO

Es el medio más rápido de desbridamiento selectivo y el más efectivo siempre y cuando elimine únicamente el tejido desvitalizado. Las desventajas que comporta este tipo de desbridamiento son; riesgo de infección, hemorragia y dolor intenso. Está indicado en heridas infectadas, en presencia de injertos y en úlceras que deben cicatrizar por segunda intención.

Requiere su repetición en días consecutivos y/o ser combinada con otros métodos de desbridamiento, como puede ser la aplicación de un hidrogel.

DESCEREBRACIÓN, POSTURA DE

Extensión. El paciente extiende los brazos y las piernas rígidamente, girando las palmas de las manos hacia fuera. Aparece en las lesiones del tejido encefálico (Fig.17). Síndrome observado en personas con traumatismo craneoencefálico o neoplasias en el cerebro. Presentan generalmente trastornos en la conciencia y rigidez de los cuatro miembros

DEFIBRILACIÓN

Aplicación de un estímulo eléctrico asincrónico de alta energía. También shock eléctrico externo (SEE). Se emplea para intentara convertir una fibrilación ventricular (FV) o una taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) en un ritmo alternativo, preferentemente supraventricular, que genere un gasto cardíaco efectivo (Figs.18, 19 y 20). Requerimientos de energía para la desfibrilación:

	ADULTOS	NIÑOS
1° Choque	200 julios	2 julios /kg
2° Choque	200–300 julios	2–4 julios /kg
3° Choque y sucesivos	360 julios	4 julios /kg

DEFIBRILADOR

Aparato que produce un choque de corriente externa. La energía se mide en julios (J). Tipos: Convencionales (manuales), automáticos (Fig.21) y semiautomáticos.

DESORIENTACIÓN

Alteración de la conciencia; pérdida de la noción de tiempo y espacio.

DESTETE

Proceso progresivo de desconexión de ventilación mecánica.

DIABETES MELLITUS

Trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono donde se observa un deterioro en el transporte de la glucosa por la disminución o ausencia de secreción de la insulina y/o su acción ineficaz. Está caracterizado entre otros signos y síntomas de hiperglucemia (poliuria, polifagia y polidipsia), glucosuria, fatiga y adelgazamiento progresivo. Tipos: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y Diabetes Gestacional (DG).

DIAFORESIS

Sudoración profusa.

DIÁLISIS

Proceso por el cual pueden separarse moléculas y líquidos por la diferente velocidad por la que pasan a través de una membrana (véase hemodiálisis).

DIÁLISIS PERITONEAL

Técnica que permite la depuración de la sangre extrarrenal a través del peritoneo utilizándose como membrana dializadota.

DIARREA

Presencia de 5 o más deposiciones líquidas en 24 horas o más de 2 deposiciones de más de 1000 ml en 24 horas.

Tipos:

- Coleriforme; agua con deyecciones serosas y sanguinolentas.
- Crapulosa; por exceso de comidas y bebida.
- Disentiforme; con deyecciones mucosas y sanguinolentas.
- Mucosa; presencia de mocos.

DIETA ABSOLUTA

Privación de toda clase de alimentos sólidos o líquidos. En las unidades de críticos el paciente que permanece en ayunas son generalmente:

- Posquirúrgicos (durante las primeras 6 horas, en general).
- Prequirúrgicos. Pacientes críticos que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica; traqueostomía, marcapasos cardíaco, etc.
- Pacientes críticos que no toleran la nutrición oral.
- Pacientes intervenidos de cirugía digestiva.

DIFUSO

Ampliamente extendido, no localizado.

DISFUNCIÓN

Alteración en el funcionamiento de algo.

DISNEA

Sensación subjetiva de dificultad en la respiración.

Tipos:

- Inspiratoria; dificultad al tomar el aire.
- Espiratoria; dificultad al tirar el aire.

DISOCIACIÓN ELECTROMECAÁNICA (DEM).

ECG. Ausencia de actividad mecánica cardíaca (o indetectable) en presencia de ritmo electrocardiográfico. También conocida como actividad eléctrica sin pulso (AESP). Las causas son conocidas como las 4H y las 4T:

- Hipoxia.
- Hipovolemia.
- Hiperpotasemia.
- Hipotermia.
- Taponamiento cardíaco.
- Tromboembolismo.
- Intoxicaciones.
- Neumotórax a Tensión.

DISRRITMIA

Alteración del ritmo.

DISTAL

El más alejado del origen. Opuesto a proximal.

DISURIA

Micción frecuente y dolorosa. Relacionada con infección por bacterias gram (-) en vías urinarias bajas.

DIURESIS

Producción y secreción de orina por el riñón.

DIURÉTICO

Que aumenta la producción de orina. Hace referencia también al medicamento que produce este efecto.

DOPPLER

Empleo de ultrasonidos para el registro de la corriente sanguínea del sistema cardiocirculatorio.

DORSIFLEXIÓN

Flexión en dirección al dorso.

DRENAJE

Tubo agujereado. Tipos de drenajes en críticos (tipo de drenaje. Indicación):

- Trácico. Neumotórax, hemotórax, lobectomías, etc.
- Ventricular. Hidrocefalias, hipertensión craneal, tumores cerebrales.
- Martín Palanca. Pancreatitis necrótica.
- Redón. Intervenciones con sangrado abundante; fractura de cadera, hernias, artrodesis, etc.
- Penrose. Gastrectomía, hemicolectomía, vías biliares, etc.
- De acordeón o fuelle. Intervenciones con sangrado mínimo. Lipomas.
- Jackson Pratt. Mastectomías, vías biliares.
- Kher. Intervenciones de vías biliares y páncreas.
- Drenaje percutáneo. Vías biliares.
- Sonda Pezzer o sonda foley. Heridas abdominales sépticas, fístulas intersticiales profundas, etc.

E

E

ECG

Abreviatura de electrocardiograma (Fig. 22).

ECOCARDIOGRAFÍA

Técnica diagnóstica. Exploración cardíaca por medio de ondas ultrasónicas que se transmiten a través de las paredes torácicas, obteniéndose una imagen bidimensional del corazón. Permite la valoración del tamaño del ventrículo derecho, función sistólica, presión de la arteria pulmonar, detección del émbolo entre el corazón y la arteria pulmonar y presencia de regurgitación tricuspídea.

ECOCARDIOGRAMA

Representación gráfica de la localización y movimientos de la silueta cardíaca, y válvulas del corazón, por medio de una ecocardiografía.

EDEMA

Acumulación de líquido seroalbuminoso en el tejido celular.

Causas:

- Disminución de la presión osmótica del plasma.
- Reducción de proteínas.
- Aumento de la presión hidrostática en los capilares.
- Insuficiencia cardíaca, etc.

EDEMA AGUDO DE PULMÓN CARDIOGÉNICO

Cuadro clínico secundario al fracaso agudo de la función del ventrículo izquierdo como bomba impe-

lente, con el consiguiente aumento del contenido líquido en el intersticio y/o alveolo pulmonar. Puede ir asociado a insuficiencia del ventrículo derecho (Fig. 23).

EEG

Abreviatura de electroencefalograma.

EINTHOVEN, TRIÁNGULO DE

Se emplea para demostrar que la suma algebraica de las diferencias potenciales de las derivaciones electrocardiográficas I y II, equivalen al valor de la derivación III.

ELECTROCARDIOGRAFÍA

Registro gráfico de las corrientes eléctricas de la actividad cardíaca.

ELECTROCARDIÓGRAFO

Aparato para la realización de una electrocardiografía.

ELECTROCARDIOGRAMA

Registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón. Ondas e intervalos (Fig.24):

- P. Despolarización auricular. < 3 mm de altura, duración < 0.12 s.
- Espacio P-R. < 0.2 s.
- Onda QRS. Despolarización ventricular. Onda Q $< 1/3$ de la altura del QRS, < 0.04 s.
- Onda T. Repolarización de los ventrículos. En derivación de miembros < 5 mm; en precordiales < 10 mm.

- Intervalo Q-T. < 0.42 segundos (con frecuencia cardíaca superior a 60 l/min).
- Segmento ST.

Electrocardiograma de 12 derivaciones. (Fig. 22). La derivación II es la imagen en espejo de la derivación AVR; esto nos sirve para comprobar si hemos colocado correctamente los electrodos, y por tanto si el ECG de 12 derivaciones está bien realizado. (Ver ANEXO. Tabla 7).

ECG-R. (electrocardiograma de la parte derecha) Cuando se han detectado alteraciones compatibles con IAM inferior o posterior, la elevación del segmento ST en cualquiera de las derivaciones precordiales derechas corrobora la existencia de un infarto ventricular derecho. (Ver ANEXO. Tabla 8).

ELECTROENCEFALOGRAFÍA

Registro gráfico de los fenómenos eléctricos desarrollados en el encéfalo. Se aprecian oscilaciones de potencial. En condiciones normales y reposo psicosensoresial se aprecia un ritmo uniforme y constante; este se modifica en la actividad psicosensoresial y en el estado morbooso.

ELECTROENCEFALÓGRAFO

Aparato para la realización de un encefalograma.

ELECTRODO

Elemento eléctricamente conductivo, que se pone en contacto con los tejidos del cuerpo.

- Electrodo negativo; cátodo.
- Electrodo positivo; ánodo.

ELISA, MÉTODO DE

Sigla en idioma inglés de “Enzyme Linked Immunosorbent Assay”. Es una prueba de inmunoanálisis que se utiliza para el estudio de anticuerpos específicos, tanto cualitativamente como cuantitativamente.

EMBOLADA

Se refiere en la administración de fármacos, realizándolo en forma de un bolo intravenoso.

EMBOLECTOMÍA

Extirpación quirúrgica del émbolo.

EMBOLECTOMIA PULMONAR

Técnica destinada a extraer coágulos de la circulación pulmonar. En general, el uso de agentes trombolíticos elimina la necesidad de este procedimiento.

EMBOLIA

Obstrucción de un vaso sanguíneo causada por un elemento (fragmento de lesión aterosclerótica, burbuja de aire, glóbulo de grasa, etc.) que es arrastrado por la corriente sanguínea.

Tipos:

- Cerebral; embolia de una arterial del cerebro.
- Gaseosa; se produce por burbujas de aire.
- Grasosa; se produce por grasa localizada en el torrente sanguíneo.
- Pulmonar; embolia en el territorio de la arterial pulmonar que produce un infarto pulmonar.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Elevación de la tensión arterial que produce alteraciones orgánicas y/o funcionales en los órganos

diana; cerebro, corazón, riñón y vasos. Se consideran emergencias hipertensivas las siguientes situaciones:

- Encefalopatía hipertensiva.
- Hemorragia intracraneal, intraparenquimatosa o subaracnoidea.
- Edema agudo de pulmón.
- Cardiopatía isquémica.
- Aneurisma disecante de aorta.

E

ENCEFALITIS

Inflamación del cerebro que puede provocar disfunción neuronal grave pudiendo provocar un edema cerebral. Suele estar causada por una infección vírica.

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

Engloba todos los síndromes neuropsiquiátricos que pueden presentarse en el curso de una hepatopatía con insuficiencia hepatocelular y cuya aparición depende de esta última como factor causal.

ENDOCARDITIS

Inflamación aguda o crónica del miocardio

Tipos:

- Bacteriana.
- Infecciosa.
- Poliposa.
- Ulcerativa.
- Valvular, etc.

ENDOSCOPIA

Inspección directa de una cavidad o conducto con instrumentos ópticos.

ENDOSCOPIO

Aparato que se utiliza para la realización de una endoscopia. Según la región que se explora:

- Broncoscopio; vía respiratoria.
- Citoscopio; vía renal.

ENDOTRAQUEAL, TUBO (TET)

Para la canalización de la vía aérea (Fig.25). Es el único método que aísla la vía aérea de regurgitaciones.

- En adultos tubos de nº 6-7-8-9-10.
- En pediatría tubos de 2,5 a 5 cms. No disponen de balón de neumotaponamiento.

Es importante valorar la presión del neumo del TET:

- En el caso de estar poco hinchado, podría provocar el paso de contenido gástrico a vía aérea.
- En el caso de estar demasiado hinchado, podría provocar una lesión o isquemia en la zona de la tráquea dónde se encuentre el neumo (mucosa traqueal).
- Puede también el neumo estar roto; por un lado podremos oír como en la espiración del paciente sale aire por la boca de este; por otro, en el respirador mecánico podremos observar como nos aparecerá, en la zona dónde se nos presentan los parámetros de ventilación, el concepto de “fuga”, que teniendo que ser de cero, nos saldrá un valor positivo. En condiciones normales el Volumen inspiratorio será igual al espiratorio ($\text{Vol ins} = \text{Vol esp}$), en caso de fuga; $\text{Vol ins} = \text{Vol esp} + \text{Vol de fuga}$.

ENDOVENOSO

Intravenoso.

ENEMA

Introducción de un líquido en el recto.

Tipos:

- Evacuante; para vaciar el intestino.
- Opaco; para radiografía. Está compuesto por una solución de bario.

En las unidades de críticos se utiliza generalmente el enema en el caso de estreñimiento; se coloca al paciente en posición de decúbito lateral, con las piernas en ligera flexión, introduciendo la solución de enema (que suele ser de 250 ml) por el ano.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Se caracteriza por un descenso progresivo e irreversible de los flujos espiratorios y que puede acompañarse de hiperreactividad de la vía aérea que, en ocasiones, es parcialmente reversible.

ENFISEMA

Proceso degenerativo caracterizado por un tejido distendido por gases, especialmente por aire en el tejido celular subcutáneo o pulmonar. En los estadios tardíos de la enfermedad, aparece la hipertensión pulmonar, que conduce al cor pulmonale, provocando problemas cardíacos y respiratorios.

Tipos:

- Alveolar.
- Pulmonar.
- Subcutáneo.
- Traumático, etc.

ENOLF TALMO

Hundimiento del globo ocular en la órbita. Contrario a exoftalmo.

ENTERAL, NUTRICIÓN

En las unidades de críticos, se hace referencia a la nutrición enteral, como aquella que se administra por sonda (ya sea gástrica o traspilórica) con un sistema de perfusión, aunque también es posible ingerirla por vía oral. Los tipos de nutrición enteral que nos encontramos en las unidades de críticos, entre otras son:

- Estándar.
- Diabética; para pacientes diabéticos o con hiperglucemia.
- Hiperproteica; para pacientes que requieran un aporte extra de proteínas, etc.

EPIDURAL, ANALGESIA

Técnica anestésica consistente en la inserción de un catéter en el espacio epidural para la administración de anestésicos o analgésicos.

Protocolos en la analgesia epidural (ver ANEXO. Tabla 9).

EPISTAXIS

Sangrado originado en las fosas nasales.

EPOC

Abreviatura de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. También se puede conocer con la abreviatura de OCFA (Obstrucción Crónica del Flujo Aéreo)

EQUINO, PIE

Posición del pie en flexión plantar (Fig.26 y 27). Relacionado con pacientes en coma. Aquí la prevención juega un papel muy importante, con la colaboración enfermera/o-fisioterapeuta. Dentro de las

medidas de prevención y tratamiento podemos hablar de:

- Férulas antiequino. Para el mantenimiento del pie en 90°.
- Movimientos pasivos; realizados por la enfermera/o y/o fisioterapeuta.
- Movimientos activos; si el paciente puede cooperar. Se le indicarán los ejercicios a realizar así como la periodicidad.

EQUIVALENCIAS FARMACOLÓGICAS

(Ver ANEXO Tabla 10).

ERITEMA

Enrojecimiento de la piel producido por la congestión de los capilares. En úlceras por presión (UPP) se relaciona con el grado I.

ESCARA

Costra negra resultado de la mortificación de un tejido por efecto de una insuficiente irrigación sanguínea. Relacionada con las úlceras por presión.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Sirve para determinar el grado de conciencia y la profundidad del coma de manera fácil y rápida. (Ver Glasgow, Test.).

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Trastorno inflamatorio que causa desmielinización esporádica y diseminada en el SNC. Provoca un deterioro de las vías nerviosas motoras, sensoriales, de la corteza cerebral y de los centros de control motor y sensorial.

ESPASMO

Contracción involuntaria de un músculo o grupo muscular.

ESPASTICIDAD

Mantenimiento del tono muscular.

ESPLENECTOMÍA

Extirpación total o parcial del bazo.

ESPUTO

Secreciones procedentes de las vías respiratorias inferiores.

ESTENOSIS

Estrechez de un orificio o conducto. Puede ser accidental o patológica.

Tipos:

- Aórtica.
- Espasmódica.
- Mitral.
- Pilórica.
- Pulmonar.
- Tricúspide, etc.

ESTERTOR

Ruido producido por el paso del aire a través de las mucosidades acumuladas en la laringe, tráquea o bronquios.

Tipos:

- Crepitantes.
- Espiratorio.
- Húmedo.
- Metálico.
- Sibilante, etc.

ESTIMULACIÓN ELECTROSISTÓLICA EXTERNA (EES)

Estimulación cardíaca no invasiva. Indicaciones. Situaciones de bajo gasto cardíaco, debido a alteraciones del automatismo o la conducción; bradicardia con inestabilidad hemodinámica, bradicardia extrema, bloqueo AV completo, trastornos de la conducción AV debidos a sobredosificación o intoxicación aguda a b-bloqueantes, etc. Colocación de los electrodos de estimulación; dos posiciones.

- Anterior-posterior.

- El electrodo negro (negativo). Anterior. Parte izquierda anterior del torso (entre la apófisis xifoides y el pezón).
- El electrodo rojo (positivo). Posterior. En la zona paravertebral izquierda (entre el omóplato y la columna vertebral). Posición ideal en caso de necesidad de desfibrilación.

- Anterior-anterior.

- Cambiamos, según la colocación anterior, el electrodo positivo a la parte anterior derecha del tórax (área subclavicular).

ESTOMA

Abertura, en una superficie libre. También boca anastomótica.

ESTRIDOR

Sonido parecido a un silbato, agudo.

ESTUPOR

Estado parcial inconsciente. Se puede dar en los trastornos convulsivos en los que el paciente está flácido y no responde. Las pupilas reaccionan a la luz y vuelven a su estado normal.

EUPNEA

Frecuencia y ritmo normales para adultos y adolescentes (entre 12 – 20 respiraciones / minuto).

EXITUS

Muerte. Salida.

EXOLFTALMO

Protusión de uno o ambos ojos oculares. Relacionado con hipertiroidismo (bilateral) o tumores (bilateral/unilateral).

EXUDADO

Materia producida por exudación, de paredes y/o vasos.

Tipos de exudado:

- Albuminoso.
- Fibrinoso.
- Hemorrágico.
- Seroso, etc.

EXTRASÍSTOLE

ECG. Contracción prematura de la aurícula (CPA) o/y ventrículo (ESV) (Figs. 28 y 29) independientemente del ritmo normal.

F

FASCIOTOMÍA

Incisión quirúrgica de toda la longitud del compartimiento afectado de Síndrome compartimental (en fracturas, quemaduras, etc.) para eliminar cualquier restricción al edema.

FEBRÍCULA

Intervalo entre 37– 37.9 °C de temperatura.

FÉRULAS

Dispositivo ortopédico para inmovilización o sujeción de cualquier parte del cuerpo.

FIBRILACIÓN

Acción independiente de fibras musculares cardíacas, que producen una contracción incoordinada. Puede ser auricular (FA) o ventricular (FV).

FIBRILACIÓN AURICULAR

ECG. Siglas FA. Taquiarritmia auricular caracterizada por una actividad auricular desorganizada y una respuesta ventricular irregular (Fig.30). Su tratamiento puede ser farmacológico o a través de una cardioversión, que dependerá de la repercusión hemodinámica en el paciente.

FIBRILACIÓN VENTRICULAR

ECG. Siglas FV. Actividad eléctrica desordenada y caótica. No hay pulso. Ondas P o QRS no identifica-

bles (Figs. 31 y 32). Su tratamiento consiste en la desfibrilación. Es la causa más frecuente de paro cardiorrespiratorio en el adulto.

FIBRIFOFLÚTER

ECG. Combinación de fibrilación y flúter o aleteo auricular.

FIBRINOLISIS

Disolución de la fibrina por acción de las enzimas. El objetivo del tratamiento fibrinolítico es producir la destrucción del trombo mediante la activación del “sistema fibrinolítico“.

Fármacos fibrinolíticos (ver ANEXO. TABLA 11).

FIEBRE

Síndrome formado por hipertermia, taquicardia, taquipnea y estupor. Temperatura corporal superior a 38°C como respuesta del organismo a distintas agresiones (infecciones, inflamaciones, tumores, etc.)

Tipos:

- De corta duración: no pasan más de 2 semanas.
- De larga evolución: cuando el proceso se prolonga más de 2 – 3 semanas.
- De origen desconocido (FOD): existencia de temperaturas de más de 38.8 °C en determinaciones repetidas, con una duración de más de 3 semanas y donde no se ha podido llegar a un diagnóstico tras una semana de estudio hospitalario.

FIO₂

Fracción de oxígeno contenido en el aire. El aire ambiente contiene una FiO₂ aproximada del 21%. En las unidades de críticos:

- Con una mascarilla de O₂ podemos administrar una FiO₂ desde un 28% a un 50%.
- Con la Ventilación mecánica es posible alcanzar una FiO₂ del 99-100%.

FISIOTERAPIA

Conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas y orgánicas.

FÍSTULA

Trayecto que comunica un foco patológico con un órgano (estructura) interno u externo, por el que sale líquido normal o infectado, desviado de su trayecto normal.

Tipos:

- Anal.
- Arteriovenosa.
- Biliar.
- Gástrica.
- Pulmonar, etc.

FISURA

Fractura incompleta.

FOLEY, SONDA DE

Sonda urinaria flexible. En las sondas urinarias con balón hay que tener en cuenta el volumen máximo de llenado, que está indicado en la base de la sonda. Este oscila entre 10 y 15 ml. El balón sólo puede ser llenado con agua bidestilada, y no como tradicionalmente suele hacerse utilizando suero fisiológico, ya que se ha comprobado que este puede llegar a cristalizar.

FOTOSENSIBLES, PUPILAS

Al estimular las pupilas, con un haz de luz, éstas se contraen.

FÓVEA

Depresión que se mantiene durante un tiempo tras presionar en la piel, sobretodo en zonas edematosas.

FOWLER, POSICIÓN DE

Decúbito dorsal. La cabeza se coloca aproximadamente unos 50 cm más alta que lo pies.

FRACTURA

Solución o defecto de continuidad de un hueso cuando se ejerce una tensión que sobrepasa la capacidad de carga biológica del huso. Con frecuencia, la tensión es consecuencia de un traumatismo. Las fracturas patológicas son el resultado de una disminución de esa capacidad, de modo que una tensión normal provoca una rotura.

G

G

GASOMETRÍA

Determinación química de la cantidad de gas en una mezcla.

GASOMETRÍA ARTERIAL

Medición de los gases contenidos en sangre arterial y otros parámetros sanguíneos como son:

- Ph; que mide la concentración de iones hidrógeno libres en sangre arterial y refleja el equilibrio ácido - base global del organismo.
- PCO₂; presión parcial de bióxido de carbono.
- PO₂; presión parcial de oxígeno arterial.

Nos referimos a presiones parciales, ya que la presión que ejercen estos gases son una parte de la presión atmosférica total; 760 mmHg a nivel del mar).

- CO₃H⁻ (Bicarbonato).
- SaO₂; saturación de oxígeno. Porcentaje de O₂ que es transportado por la hemoglobina.
- E.B.; exceso de bases. Representa la cantidad de base o ácido fuerte por litro de sangre que se encuentra en el plasma.
- B.B.; buff base. Consiste en los iones bicarbonato y proteinato), el ácido carbónico (CO₃H₂; origen de los iones hidrogeno ácidos y de los iones bicarbonato básicos).

Valores normales de los principales parámetros (ver ANEXO Tabla 6).

Valores críticos Gasometría (ver ANEXO Tabla 12).

GASOMETRIA VENOSA

Indicaciones:

- Para determinar el PH sanguíneo.
- Para determinar el porcentaje de gases O₂ y CO₂ en sangre venosa.
- Para realizar una comprobación rápida de los electrolitos Na y K⁺, ya que esta determinación se realiza en la misma unidad. Así pues, se puede, en el caso de haber un déficit de K⁺, por ejem. hacer una reposición inmediata.
- Para el calibrado de algunos monitores de gasto cardíaco; se extrae una muestra del catéter pulmonar Swan Ganz ®, en concreto del “distal” del catéter (en teoría se encuentra en arteria pulmonar) ciertos parámetros de esta determinación venosa gasométrica se introduce en el monitor de gasto cardíaco que posteriormente realiza una serie de determinaciones o índices que nos informarán del estado del paciente, al igual que nos ayudan a trazar la estrategia terapéutica indicada.

GASTO

Cantidad que un manantial de fluido proporciona en determinada unidad de tiempo. Por ejem; gasto cardíaco, gasto urinario, etc.

GASTO CARDÍACO

Cantidad de sangre propulsada por el corazón en un minuto. Gasto cardíaco = volumen sistólico (sangre expulsada en un latido) x frecuencia cardiaca (FC). Valores normales; 4-7 l/min. (Ver Swan Ganz ®).

GÁSTRICO, VALORACIÓN DEL RESIDUO

Cantidad de residuo gástrico obtenido tras abocar la sonda gástrica a débito, durante aproximadamente

treinta minutos. Sirve para valorar la tolerancia a la nutrición enteral.

Procedimiento:

- Se para la nutrición enteral.
- Se introduce 50 ml de agua para limpiar la sonda gástrica, evitando que se obstruya y se pinza 30 '.
- Tras ese tiempo, se coloca la sonda a débito.
- Tras aproximadamente 30' se observa lo que ha salido por la sonda; cantidad y aspecto.
- En el caso de que el débito sea contenido de nutrición enteral:
 - Si es < de 125 ml: continuar con la NE a la velocidad fijada.
 - Si es > de 125 ml, se consulta al médico del paciente para su reinicio en progresión.
 - Si es mayor de 250 ml, se consulta al médico del paciente, para conexión de sonda a bolsa y parada temporal de la NE.
- En el caso de que el débito sea mínimo y de aspecto gástrico, se continuará con la nutrición enteral a la velocidad fijada en el tratamiento médico.
- También es posible, tras el paso 1 y 2 aspirar con una jeringa y comprobar el débito; si sale poca cantidad (jugos gástricos y restos de nutrición enteral) se reintroduce y se inicia o continua con nutrición enteral. En caso de salir nutrición enteral en gran cantidad (más de 125 ml se suspende la nutrición tas consulta con el médico responsable del paciente). Posteriormente se coloca la sonda a bolsa (débito).
- Si está indicado en el tratamiento médico se inicia un descanso nocturno de 24 horas a 6 horas. A las 24 horas se pinza la sonda, a las 4 horas se coloca

a bolsa. A las 6 se valora residuo y se reinicia la NE.

El residuo gástrico se realizará durante los primeros días cada 8 horas (8 – 16 – 24), para pasar cada 12 horas (12 – 24), y finalmente si la tolerancia es buena cada 24 horas (24).

GASTRECTOMÍA

Extirpación parcial o total del estómago.

GEL CONDUCTOR

Conductor eléctrico. Gel hidrosoluble, sin componentes lipídicos, con poder humectante. Composición: polímeros carboxivinílicos.

GLASGOW, TEST

También conocido como la Escala de Coma de Glasgow. Se valora la apertura de ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora. (Ver ANEXO Tabla 13) Puntuación igual o menor que 8 se considera el paciente en coma.

- Puntuación máxima: 15.

- Puntuación mínima: 3

GLAUCOMA

Proceso en el que la presión intraocular del humor acuoso es superior a la normal y provoca atrofia de la papila óptica, pérdida de campo visual, muerte de las fibras nerviosas y pérdida irreversible de visión.

GLOSECTOMÍA

También elingulación. Extirpación de la lengua.

GLUCEMIA

Glucosa en sangre determinada en ayunas. Valor normal entre 70 y 115 mg/dl (Fig.33). Concentraciones menores a 30 mg/dl pueden producir confusión o pérdida del conocimiento mientras que concentraciones altas, superiores a 300 mg/dl, pueden producir síntomas similares si están asociados con deshidratación, infección o acidosis.

GLUCOSURIA

Presencia anormal de glucosa en orina como consecuencia de la ingestión de grandes cantidades de carbohidratos o por enfermedad como nefrosis o diabetes mellitus.

GOT

Siglas de transaminasa glutamicooxalacética. Enzima hepática. También existe en el corazón y en los músculos. Aparece elevada en la sangre cuando hay una lesión de alguno de estos órganos. Valores normales: 5 – 37 U /L.

GPT

Siglas de transaminasa glutamicopirúvica. Enzima hepática, aunque también en riñón, corazón y músculos, pero en menor medida. Aparece elevada en la sangre cuando hay una lesión de alguno de estos órganos. Valores normales: 5 – 40 U/L.

GUEDEL, TUBO DE, CANULA DE

También Cánula de Mayo (Fig.34). Dispositivo rígido y hueco de material plástico y forma curva que, introducido en la boca del paciente impide que la lengua obstruya la vía aérea sin necesidad de realizar

tracción mandibular; aunque no lo garantiza si se abandona la extensión cervical. Cuando el paciente tiene colocado un tubo endotraqueal o una mascarilla laríngea estos dispositivos también se utilizan para protección contra mordedura. No protegen frente a la aspiración. Existen diferentes tamaños clasificados por números y colores. Para elegir el tamaño adecuado se toman como referencias los incisivos y el ángulo mandibular del mismo lado. Las tallas habituales en los adultos son la nº 3, 4 y 5; mientras que tallas inferiores son para los pacientes pediátricos.

Su uso está contraindicado en pacientes con reflejos glossofaríngeos activos.

H

HAV

Abreviatura del virus de la hepatitis A. Es la menos grave de las cuatro hepatitis que se conocen.

HBV

Abreviatura de virus de la hepatitis B. Es fácilmente contagiable por sangre.

HCV

Abreviatura del virus de la hepatitis C. Es de parecidas características a la HBV.

HDV

Abreviatura del virus de la hepatitis D. Es de parecidas características a la HBV.

HEMATOCRITO

Aparato mecánico centrifugador que separa el plasma de las células sanguíneas. También porcentaje de volumen total de sangre compuesto de glóbulos rojos. La cantidad y proporción del plasma y de las células sanguíneas constituye el valor o índice hematocrito (generalmente el 45% de células por 100 ml de sangre de media general).

- Hto mujer: 37 – 47 %.

- Hto hombre: 40 – 54 %.

HEMATEMESIS

Vómito de sangre procedente del tubo digestivo. Puede ser sangre roja u oscura (ya digerida).

HEMATURIA

Tb. Hematúresis. Emisión de orina con sangre.

HEMIPLEJÍA

Parálisis de un lado del cuerpo.

Tipos:

- Alternas; está afectada la cara y el lado del cuerpo contrario.
- Cerebral; ocasionada por un lesión del cerebro, orgánica o traumática.
- Espasmódica (también denominada espástica); aparece espasticidad y atrofia general

HEMOCULTIVOS

Siembra en medios adecuados de una pequeña cantidad de sangre de un paciente para realizar un diagnóstico bacteriológico. Se puede realizar el siguiente procedimiento, ante un pico de fiebre de 39° C:

1/ Rotular 2 Frascos: - Anaerobic - Aerobic (de 5 a 10 ml).

2/ Desinfectar los tapones con alcohol.

3/ Seleccionar la vena a puncionar: limpiar primero con alcohol (30'') y después con povidona yodada (1').

4/ Ponerse guantes estériles para la extracción.

5/ Inocular en cada frasco el volumen adecuado de sangre (de 5 a 10 ml) comenzando por el anaeróbico.

6/ Voltear el frasco suavemente y enviarlo al laboratorio.

HEMODIÁLISIS

Técnica de depuración sanguínea extrarrenal. Se utilizan hemodializadores con circulación extracorporea.

El capilar externo realiza la función del riñón. Se extrae de la sangre urea, creatinina, fosfatos, potasio y el exceso de agua corporal que retiene el paciente con insuficiencia renal. En la unidad de crítico se realiza la técnica de depuración continua (diálisis continua).

HEMOFILIA

Tipo de trastorno hemorrágico hereditario ligado al sexo (los afectados son los varones mientras que las mujeres son las portadoras) que se caracteriza por la deficiencia de uno o más factores de coagulación.

HEMOGLOBINA

También (Hb). Proteína de color rojo existente en los hematíes. Su función esencial es transportar O₂ hacia los tejidos.

Tipos:

- Hb. corpuscular media; expresa la cantidad media de Hb presente en los hematíes.
- Hb. oxidada; oxihemoglobina.
- Hb. reducida, expresa la cantidad de hemoglobina que ha perdido oxígeno, en sangre venosa.

HEMOGLOBINURIA

Hemoglobina en la orina, sin hematíes.

HEMOGRAMA

Fórmula sanguínea que expresa el número, proporción y variaciones celulares de la sangre; hematíes, hematocrito (Hto), hemoglobina (Hb), etc.

HEMOPTISIS

Expectoración de sangre por boca pero procedente del aparato respiratorio. Es sangre roja, fresca, acom-

pañada de burbujas.

HEMORRAGIA

Salida de sangre de los vasos, espontáneamente o por rotura accidental.

Tipos:

- Arterial; salida de sangre de una arterial. Color rojo claro y sale acorde a los latidos cardíacos.
- Vénosa: salida de sangre por una vena. Sale en forma de "sabana".
- Exteriorizada por orificios naturales:
- Bronquial o pulmonar. Hemoptisis.
- Del estómago. Hematemesis.
- Nasal. Epistaxis.
- Renal. Hematuria.
- Ex vacuo. Se produce por la rotura de capilares tras una descompresión brusca en una cavidad que, llena de líquido, se ha vaciado bruscamente. Estas hemorragias se producen generalmente en la retenciones urinarias, en la que la vejiga está excesivamente llena de orina y al sondar al paciente se vacía sin pausa, de forma rápida, provocándose la rotura de vasos sanguíneos, acompañando la sangre a la orina.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

Existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. Puede proceder del propio tubo digestivo o de estructuras adyacentes que vierten su contenido hemático en dicho espacio. Se suele manifestar en forma de hematemesis y/ o melenas.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

También HSA. Extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo.

HEMOTÓRAX

Colección de sangre en la cavidad torácica, especialmente en pleura. Provoca disnea, dolor torácico, taquipnea, palidez, cianosis, matidez sobre el lado afectado, hipotensión y disminución o ausencia de ruidos respiratorios.

HEIMLICH, MANIOBRA DE

También de compresión abdominal. Maniobra de desobstrucción de la vía aérea. Se realizará solo en caso de obstrucción total de la vía aérea (Fig. 36). Consiste en crear una sobrepresión abdominal que transmitida mecánicamente hacia el tórax aumenta la presión intratorácica de forma que esta presión se transmite hasta el cuerpo extraño encajado y lo desencaja. En pacientes obesos y en mujeres embarazadas las compresiones abdominales no están indicadas por lo que las compresiones siempre serán torácicas (en el tercio medio del esternón y presionado hacia atrás).

HEPARINIZACIÓN, DE VÍAS

De vías venosas; periféricas o centrales. Concentración estándar; 1 UI de heparina por ml de SF.

HEPATITIS

Inflamación del hígado.

Tipos:

- Aguda parenquimatosa. Ictérica.
- Anictérica. Hepatitis vírica que causa sin ictericia.
- Vírica. Inflamación aguda del hígado , causada por

cinco tipos de virus:

- A (HAV). Hepatitis A. Epidémica o infecciosa.
- B (HBV). Hepatitis B. Sérica o por inoculación.
- C (HCV). Hepatitis C.
- D(HDV).
- No A, no B.

HIDROCEFALIA

Dilatación de los ventrículos cerebrales a consecuencia de una alteración en la regulación del líquido cefalorraquídeo (LCR) (Fig.37).

HIDROCOLOIDE, APÓSITO

Apósito para cura húmeda. Utilizado en el tratamiento de las UPP.

HIPERCALCEMIA

Cuando las concentraciones séricas de calcio superan los 10.5 mg/dl.

HIPERCAPNIA

Exceso de CO₂ en sangre. PCO₂>45 mmHg.

HIPERGLUCEMIA

Exceso de glucosa en la sangre. Valores normales: 80-110 mg/dl

HIPERNATREMIA

Cantidad muy abundante de Na o de sus sales en sangre. Na > de 150 mEq/l.

HIPERPOTASEMIA

También hipercaliemia. Exceso de K⁺ o de sus sales en sangre. K⁺ > 5.5 mEq/l.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Aumento de la presión vascular o sanguínea. Se define por la existencia de una tensión arterial sistólica (TAS) > 140 mmHg y/o de una tensión arterial diastólica (TAD) > 90 mmHg.

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

También HIC. Aumento de la presión intracraneal (PIC) por encima de lo normal.

- Valores normales 5-15 mmHg.
- Cifras > de 20 mmHg se considera HIC.

HIPERTIROIDISMO

Síndrome clínico producido por la excesiva circulación de hormona de la tiroides provocando un estado hipermetabólico. La forma más severa es la crisis tirotóxica.

HIPERVENTILACIÓN

Respiración sostenida muy frecuente.

HIPOANALGESIA

Disminución del dolor como respuesta a un estímulo que provoca dolor.

HIPOCALCEMIA

Déficit de calcio en sangre < 8 mg/dl. Los signos precoces más frecuentes son las parestesias y la tetania. El ECG puede mostrar un intervalo QT prolongado.

HIPOESTESIA

Disminución de la sensibilidad.

HIPOGLUCEMIA

Descenso de la glucosa en sangre debido a causa de una dosis excesiva de insulina o agentes hipoglucemiantes orales, realización de ejercicio excesivo o dieta excesiva. Glucosa en sangre < 50 mg/dL.

HIPONATREMIA

Déficit de Na en sangre. Na < 135 mEq/l.

HIPOPOTASEMIA

Déficit de K⁺ en sangre. K < 3.5 mEq/l.

HIPOTENSION ARTERIAL

Tensión baja en la sangre.

Tipos:

- Dirigida. La promovida, sostenida y regulada farmacológicamente durante una intervención quirúrgica. En general con fines hemostáticos.
- Ortostática. La presión arterial disminuye al adoptar la posición vertical.

HIPOTERMIA

Disminución o descenso de la temperatura corporal por debajo de los límites de la normalidad. T° < 36 ° C. En las unidades de críticos disponemos de unos sistemas de convección de aire (mantas térmicas) para calentar a los pacientes que vienen de quirófano, tras intervención quirúrgica, con hipotermia (Fig. 38). Posee tres niveles de calentado; bajo – medio – alto. En estos casos es necesario hacer un control horario de la temperatura.

HIPOTIROIDISMO

Cantidad inadecuada de hormona tiroidea circulante que causa una disminución del índice metabólico

que afecta a todos los sistemas. Su forma más grave se conoce como coma mixedematoso.

HIPOTONÍA

Disminución del tono muscular.

HIPOXEMIA

Disminución del oxígeno contenido en la sangre.
 $PO_2 < 80$ mmHg.

HORARIOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

(Ver ANEXO tabla 14).

HUMIDIFICADOR

Sistema de humidificación de O_2 . La humidificación del oxígeno es necesaria para no reseca la vía respiratoria.

H

I

ICTERICIA

Coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones causada por pigmentos biliares contenidos en la sangre. Puede observarse en cualquier paciente con alteración de la función hepática.

ICTUS

Terminología. “golpe”, “ataque súbito”. Accidente cerebrovascular o ACV (véase ACV).

IDIOPATÍA

Enfermedad de origen desconocido.

ILEO PARALÍTICO

Parálisis de la musculatura intestinal.

ILEOSTOMÍA

Creación de una obertura en el ileón. Puede ser convencional, temporal o continente.

ILEOSTOMÍA, BOLSA DE

Bolsa adhesiva para ileostomía.

IMPEDANCIA TRANSTORÁCICA

Resistencia al paso de corriente eléctrica en una desfibrilación o cardioversión sincronizada.

Aumentan la impedancia transtorácica:

- No aplicar gel conductor a las palas.
- Aplicar las palas en zonas óseas.

- Aplicar la descarga eléctrica en la fase inspiratoria.
- La utilización de palas de desfibrilación de tamaño inadecuado.

INCENTIVADOR, RESPIRATORIO

Aparato para fisioterapia respiratoria. Aumenta la capacidad respiratoria. En cirugía cardíaca se utiliza antes y después de la intervención; tras la esternotomía el paciente al tener dolor torácico, realiza respiraciones muy superficiales, y abdominales. Con el incentivador se ejercita la musculatura torácica, y se previene la retención de secreciones y posibles atelectasias.

INCONTINENCIA

Incapacidad para controlar la evacuación de orina o heces.

INCONTINENCIA DE ESFUERZO

Emisión involuntaria de orina cuando aumenta la presión abdominal.

INCONTINENCIA REFLEJA

Emisión involuntaria de la orina que se produce a intervalos predecibles en alguna medida, cuando se alcanza un determinado volumen en la vejiga.

INCRUENTO

Procedimiento que se realiza sin derramamiento de sangre. En relación a ciertos métodos o prácticas. Por ejemplo; la toma de tensión arterial con esfigmomanómetro y estetoscopio se considera un método de determinación de la tensión arterial incruento. La determinación de la tensión arterial continuo tras

la colocación de un catéter arterial (en la canalización de la arteria radial) se considera un método cruento.

INFARTO

Porción de tejido privado de circulación sanguínea.

Tipos:

- Cardíaco; interrupción aguda del riego sanguíneo de una arteria coronaria causada por trombosis o embolia, y que causa una necrosis de diferente extensión en el miocardio.
- Embólico; tras una embolia.
- Hemorrágico; por falta de riego tras una hemorragia.
- Pulmonar; tras embolia o trombo de la arteria pulmonar.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Interrupción aguda del riego sanguíneo de una arteria coronaria causada por trombosis o embolia, y que causa una necrosis de diferente extensión en el miocardio.

Tipos (según la localización y alteración electrocardiográfica):

- Anterior. Pérdida de la onda R en derivaciones precordiales, elevación del segmento ST (Fig. 39) y de la onda T.
- Inferior. Elevación del segmento ST y de la onda T en las derivaciones II, III y aVF.
- Septal. Pérdida de la onda R, elevación del segmento ST y onda T en las derivaciones V1 y V3.
- Anterolateral. Pérdida de la onda R, elevación del segmento ST y onda T en las derivaciones V4-V6 y aVL.

- Posterior. Gran onda R en V1, elevación del segmento ST en V4 derecha.
- Ventricular derecho. Elevación del segmento ST y onda T en las derivaciones II, III y aVF. Ondas Q anormales (en las mismas derivaciones).

INFECCIÓN

Implantación y desarrollo en el organismo, de seres vivientes patógenos.

Tipos:

- Aérea. El vehículo es el aire o las partículas suspendidas en él.
- Exógena. Los agentes provienen del exterior.
- Séptica (ver septicemia).
- Subclínica. No produce síntomas clínicos perceptibles.

INSUFICIENCIA CARDÍACA

También de miocardio. Relacionadas con las afecciones cardíacas.

Tipos:

- Anterógrada. Provocan un volumen de expulsión cardíaco inapropiado.
- Congestiva (también ICC o global) o retrógrada. Producida por una elevación de la posición venosa que cursa con ingurgitación venosa pulmonar.
- Coronaria. Se produce una disminución del flujo coronario sanguíneo.
- Ventricular izquierda (también IVI). Provocada por una insuficiencia del ventrículo izquierdo.

Cada uno de estos tipos de insuficiencia cardíaca provocará una serie de manifestaciones generales, siendo el más característico una disminución del gasto cardíaco.

INSUFICIENCIA RENAL

Pérdida de la capacidad del riñón para excretar residuos y mantener la homeostasis hidroelectrolítica y equilibrio ácido-base.

Tipos:

- IR aguda. El disfuncionalismo renal ocurre en horas o algunos días.
- IR crónica. La disfunción se produce de forma lenta y progresiva.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

También IRA. Presencia por un período corto de tiempo, de hipoxemia en sangre arterial ($PO_2 < 60$ mmHg) con/sin hipercapnia ($PCO_2 > 45$ mmHg), respirando aire ambiental, a nivel del mar, y en estado de reposo.

INSULINA HUMANA

Producto biosintético fabricado a partir de dos formas de *Escherichia coli* utilizando tecnología de ADN recombinante. Las ventajas de la insulina humana están en la ausencia de las reacciones alérgicas que aparecen con el uso de insulinas de origen animal.

INSULINA SINTÉTICA

Forma de insulina sintetizada a partir de una cepa de *E.coli* no patógena o de células de levaduras que han sido alteradas genéticamente mediante la adición del gen humano que regula la producción de insulina.

- Tipos de insulina U-40 (40 UI/ml) (Ver ANEXO Tabla 15).
- Tipos de insulina U-100 (100UI/ml) (Ver ANEXO Tabla 16).

Mecanismos de administración de insulina:

- Las jeringas de insulina: para utilizar con los clásicos viales de insulina. En este momento sólo están disponibles para manejar con concentraciones de insulina de 40 UI/ml (U-40).
- Las plumas: son mecanismos automatizados de inyección. Funcionan con cartuchos recambiables de insulina, que sólo existen para concentraciones de insulina de 100 UI/ml (U-100).
- Las jeringas precargadas: son sistemas similares a las plumas, con la característica de ya vienen cargadas, y son desechables cuando se acaba la carga de insulina. Constituye algo así como una mezcla de vial y jeringa en una pieza. Vienen precargadas con insulina humana a concentración de 100 UI/ml.
- Inyectores (tipo Jet): administran la insulina forzando su entrada a través de la piel mediante aire a gran presión. La acción de la insulina administrada de esta forma es más precoz y de menor duración que la administrada por inyección. Son de peso y tamaño aún considerables, de elevado costo, y la administración no es totalmente indolora, pudiéndose producir hematomas. No existe evidencia a favor en cuanto a precisión y ausencia de problemas.
- Bombas de infusión continua de insulina subcutánea; administran insulina rápida mediante un ritmo basal continuo, pudiendo programarse bolos de inyección preprandiales. Requiere alta motivación por parte del paciente y un perfecto entrenamiento en técnicas de autocontrol.

En las unidades de críticos generalmente se utiliza la insulina sintética de tipo rápida, administrada vía subcutánea o intravenosa. La administración intrave-

nosa se realiza de forma directa o en perfusión continua en bomba de perfusión (tipo jeringa) con una concentración de 50 UI de insulina rápida en 50 ml de suero fisiológico. En la administración de insulina por vía subcutánea se realiza un control de la glucemia cada 6 horas (6-12-18-24) o antes de las comidas (desayuno, comida, cena y “resopón”). La administración de insulina intravenosa continua requiere un control horario de la glucemia capilar para ajustar la dosis.

INTOLERANCIA A LA GLUCOSA

Proceso en el que los niveles plasmáticos de glucosa en ayunas son superiores a los normales, pero inferiores a los diagnósticos de diabetes mellitus.

INTOXICACION AGUDA

Síndrome clínico secundario a la introducción brusca de un tóxico en el organismo, bien de forma intencionada o accidental.

INTUBACIÓN

Introducción de un tubo en una cavidad; en la laringe, vena, estómago, etc.

INTUBACIÓN, ENDOTRAQUEAL

Canalización de la tráquea con un tubo para ventilación mecánica. Garantiza el aislamiento definitivo de la vía aérea, protege al sistema respiratorio de la aspiración de contenido gástrico y asegura la ventilación y oxigenación en situación de paro cardíaco o respiratorio.

Tipos:

- Orotraqueal; por la boca.
- Nasotraqueal; por la nariz.

ISOCÓRICAS, PUPILAS

Pupilas del mismo tamaño, simétricas.

ISQUEMIA

Detención de la circulación de la sangre.

INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Procedimiento detallado en el que se realiza un estudio sistemático de un problema en el campo de la enfermería. Un enfoque básico incluye los siguientes pasos; formación del problema, revisión de la bibliografía, desarrollo de una teoría, formación de una o varias hipótesis, definición de las variables, determinación del método de medición y recuento de variables, selección del diseño de investigación, elección de la población a estudiar, plan de análisis de datos, determinación de su interpretación y plan de comunicación de los resultados.

J

JULIO

Abreviatura J. Unidad de trabajo, energía y calor del sistema internacional. Se utiliza en la medida de descarga eléctrica en la desfibrilación y cardioversión.

J

K

KUSSMAUL, RESPIRACIÓN DE

Patrón respiratorio típico de la acidosis. Se caracteriza por inspiraciones profundas y ruidosas, con pausa y espiraciones quejumbrosas y breves.

Por ejem. en el coma diabético, sepsis, insuficiencia renal, etc.

K

L

LACERACIÓN

Desgarro.

LAPAROSCOPIA

Examen de la cavidad peritoneal con un endoscopio. Se introduce a través de una punción en la pared abdominal con anestesia regional o general.

LAPAROSCOPIO

Aparato de endoscopia para la cavidad abdominal.

LAPAROTOMÍA

Incisión quirúrgica del abdomen. La laparotomía exploradora se realiza con el objeto de realizar un diagnóstico.

LARINGECTOMÍA

Extirpación parcial o total de la laringe.

LARINGOSCOPIA

Examen de la laringe con un laringoscopio.

LARINGOSCOPIO

Instrumento para el examen visual u ocular del interior de la laringe (Fig. 40). Con el laringoscopio hablamos de un método directo de la visualización de la laringe.

En el método indirecto se utiliza el espejo de Clar.

L

Está formado por un mango y palas de diversos tamaños y formas. Las curvas se utilizan para la intubación en adultos, mientras que las rectas se utilizan en pediatría.

LARINGOSPASMO

Oclusión tras espasmo de la laringe.

LATENTE

Período de inactividad aparente. Período de latencia; período de incubación de una enfermedad.

LAV/HTLV III

VIH.

LAXITUD

Relajación.

LCR

Abreviatura del líquido cefalorraquídeo. Se produce en el plexo coroideo (ventrículos lateral 3º y 4º) pasa al III y IV ventrículo y se aloja en el espacio sub-aracnoideo; aquí circula continuamente, en torno al encéfalo y la médula espinal por el sistema ventricular. Se reabsorbe en las vellosidades de la aracnoides, y regresa a través del sistema nervioso linfático a la circulación general

Características:

- Incoloro
- No coagulable
- Contiene; proteínas (normal hasta 45 mg/dl, glucosa, células, etc.)

Funciones:

- Protección y soporte del sistema nervioso central

(SNC) del resultado de cualquier movimiento brusco o traumático.

- Mantiene la presión homeostática.
- Nutrición y metabolismo de las neuronas

LDH

Abreviatura de lactatodeshidrogenasa. Valores normales. 90 – 250 U/L.

LDL

Abreviatura de lipoproteína de baja densidad. Valor deseable: < 130 mg/dl.

LESION AXONAL DIFUSA

Lesión cerebral difusa provocada por el estiramiento y desgarramiento de las proyecciones neuronales, causada por una lesión de tipo cortante.

LIDOCAINA

Compuesto sintético empleado en forma de hidrocloreuro como anestésico local y por vía intravenosa como antiarrítmico.

Como antiarrítmico:

Presentación

1 vial 5% = 500 mg = 10 ml

1 vial 1% = 100 mg = 10 ml

LINFOMAS

Trastornos que provocan la proliferación de células y tejidos linfoides (ganglios linfáticos y bazo) y, en consecuencia, el funcionamiento anormal de las células linfáticas responsables de la inmunidad. Se clasifican en linfoma de Hodgkin (tumor de tejido linfático) o no Hodgkiniano.

LOBECTOMÍA

Extirpación de un lóbulo de un órgano o glándula.

LOBECTOMÍA PULMONAR

Extirpación de un lóbulo pulmonar.

LUZ DISTAL

Con relación a las vías venosas. Porción del catéter que queda más alejado del lugar de perfusión. En un catéter venoso central, insertado por vena yugular o subclavia, la luz distal queda localizada anatómicamente a nivel de la vena cava superior o aurícula derecha (a este nivel podremos medir la presión venosa central (PVC). En el catéter pulmonar Swan Ganz ®, que posee generalmente tres luces; una proximal, una medial y una luz distal, tras su colocación, la luz distal queda anatómicamente alojada en la arteria pulmonar; a este nivel podremos medir la presión arterial pulmonar (PAP). La luz proximal de este tipo de catéter es la que mide la PVC.

LUZ PROXIMAL

Con relación a las vías venosas. Porción de catéter más próximo al lugar de perfusión. En un catéter central de dos o tres luces, por ejem. insertado por vena yugular interna o subclavia, queda situado en la propia vena subclavia o vena cava superior.

LUXACIÓN

Se produce cuando las superficies articulares están por completo fuera de contacto. La subluxación es una luxación incompleta en la que alguna parte de la articulación permanece en contacto. Son consecuencia de traumatismos e implican una lesión periarticular incluyendo fracturas.

M

MAGILL, PINZAS DE

Instrumental (Fig. 41). Son unas pinzas anguladas y con una articulación de forma similar a unas tijeras, que se utilizan para extraer cuerpos extraños sólidos de la vía aérea mediante visión de la laringe por laringoscopia directa. También se utiliza en la intubación orotraqueal, para coger la lengua y en la intubación nasotraqueal (por la boca) para ayudar a la inserción del TET a la laringe.

MANDRIL

En general, fiador metálico que se coloca introduciéndose en las sondas con el objetivo de aumentar la consistencia e impedir que se doblen (Fig. 42). Fiador del tubo endotraqueal (TET) para realizar una mayor curvatura y poder alcanzar sin dificultad la laringe.

MANITOL

Monosacárido no reabsorbible que ejerce acción diurética mediante inhibición de la reabsorción de agua y sodio en el túbulo proximal y asa de Henle (como diurético osmótico). Es utilizado por vía I.V. en edema cerebral, glaucoma y algunos casos de fracaso renal agudo. Requiere control clínico estrecho.

MARCADORES TUMORALES

Sirven para medir la presencia de sustancias que son distintas o muy específicas para una clase de tumor.

Esta prueba ayuda a diagnosticar el tipo de tumor y a medir la respuesta a la terapia.

MARCAPASOS CARDÍACO

Generador de impulsos eléctricos.

Tipos:

- Provisional. Cable electrodo conectado a una pila externa que hace de generador. En general se introducen por vena femoral.
- Definitivo. Cable electrodo introducido por la vena subclavia (también por yugular), que se conecta a una pila o generador que se aloja a nivel subcutáneo. En nuestra unidad tres modalidades de estimulación; VVD, VVI, DDDR.

Procedimiento general de enfermería:

- ECG antes de inserción y después.
- En el MP provisional, Fijar la pila en el muslo derecho con una venda elástica.
- Comprobar la captura mecánica y eléctrica: hay que percibir el pulso radial y femoral sincrónico al estímulo; y en el monitor un QRS ancho y onda T alta y picuda precedidos de la espiga del marcapasos.
- Realizar Rx de tórax tras la implantación del marcapasos.

MASAJE CARDÍACO EXTERNO

También MCE (Fig. 43). Maniobra que se realiza en la parada cardiorrespiratoria con el fin de reestablecer la circulación.

- Lugar a realizar el MCE en el adulto: dos dedos por encima del apéndice xifoides, con las manos entrelazadas y los brazos rectos.

- Lugar a realizar el MCE en el niño (1 – 8 años): en el mismo sitio que en el adulto pero con una sola mano.
- Lugar a realizar el MCE en el lactante (0 – 1 año): un dedo por debajo de la línea intermamilar con dos dedos.

MEDIASTINITIS

Inflamación de las estructuras del mediastino.

MENINGES

Membranas que envuelven al encéfalo y médula espinal; duramadre, aracnoides y piamadre. Entre las tres meninges quedan delimitados unos espacios virtuales, que en situación patológica pueden hacerse reales; tienen un gran interés médico quirúrgico:

- Epidural.
- Subdural.
- Intraaracnoideo.
- Subaracnoideo

M

MENÍNGEOS, ESPACIOS

Cuatro espacios:

- Espacio epidural. Entre el hueso y la duramadre.
- Espacio subdural. Entre la duramadre y la hoja externa de la aracnoides.
- Espacio intraaracnoideo. Entre ambas hojas del aracnoides.
- Espacio subaracnoideo. Entre la hoja interna de la aracnoides y la piamadre. De importancia clínica ya que por él circula el LCR.

MENINGITIS

Inflamación de las meninges.

Tipos:

- Aséptica aguda.
- Basilar.
- Linfocítica benigna.
- Simpática.
- Vírica, etc.

MENINGO

Prefijo que significa membrana.

METADONA

Fármaco. Dimetilaminodifenilhepamona. Analgésico sintético de efectos semejantes al cloruro mórfico. Su uso se centra en la deshabituación a la heroína.

MASTENIA

Astenia muscular, debilidad.

MIOCARDIOPATÍA

Designa a aquellas enfermedades del tejido miocárdico que no son consecuencia de arterioesclerosis coronaria ni de valvulopatías. Se clasifica según las anomalías en la estructura y en la función. El trastorno afecta el músculo cardíaco y suele provocar insuficiencia cardíaca.

Tipos:

- Dilatada (o congestiva)
- Hipertrófica
- Restrictiva

MIOCARDITIS

Inflamación del miocardio.

Tipos:

- Aguda; secundaria a una enfermedad infecciosa,

que se caracteriza por la degeneración de fibras musculares.

- Crónica; también esclerosis cardíaca.

MONITOR

Aparato electrónico que permite el control y registro de signos fisiológicos; frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial, etc. (Figs. 44 y 45).

MONITORIZACIÓN

Registro permanente de ciertos signos fisiológicos mediante un monitor.

Tipos de monitorización:

- Electrocardiográfica; se presenta de forma continua el trazado electrocardiográfico (ECG).
- Hemodinámica; se registra la tensión arterial (PA), la frecuencia cardíaca (FC), etc.
- Respiratoria; se registra la frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SpO₂), etc.
- Neurológica; se registra la presión intracraneal (PIC) (Fig. 46).
- Fetal; control electrónico del parto mediante determinados monitores.

MONOPLEJÍA

Parálisis de un solo miembro o grupo muscular.

MONROE, AGUJERO DE

Orificio de comunicación entre el tercer ventrículo y los ventrículos laterales. Externamente localizado a nivel del pabellón auditivo. Se utiliza de referencia para colocar el transductor de presión en la monitorización neurológica de la PIC, para calibrarlo o “hacer el cero” de referencia.

MORFINA

Principal alcaloide del opio (y prototipo del resto de agonistas opioides). De elección en dolor severo y en el edema agudo de pulmón.

MUERTE

Extención o término de la vida.

Tipos:

- Accidental. La que se produce antes del termino natural de la vida por enfermedad o violencia exterior.
- Aparente. Situación en que las constantes vitales; respiración, circulación, etc., son poco o nada perceptibles.
- Cerebral. (ver muerte cerebral).
- Natural. La que resulta de la debilitación de las fuerzas naturales.
- Senil. Muerte natural.
- Súbita, La que aparece de repente y de un modo imprevisto en estado de salud o enfermedad.
- Volenta. La resultante de violencia exterior de forma accidental o provocada.

MUERTE CEREBRAL

Coma profundo irreversible (cese de las funciones cerebrales), sin respiración espontánea, y electroencefalograma isoelectrico (plano) de varias horas de duración.

N

NALOXONA

N-alil-noroximorfona. Antagonista de los opiáceos. Se usa como antídoto en la depresión respiratoria producida por los opioides; puede producir síndrome de abstinencia. Su vida media es más corta que la de los opioides, lo que obliga a vigilar la reaparición de los síntomas de intoxicación. El antagonismo de las acciones opiáceas puede precipitar, en pacientes con dependencia física a opiáceos, síntomas de supresión.

NASOGÁSTRICA, SONDA

Sonda que se inserta por la nariz hasta el estómago. Se utiliza para la nutrición enteral, lavado gástrico, evacuación de contenido gástrico, etc.

NASOYEYUNAL, SONDA

También llamada traspilórica. Sonda gástrica que se inserta con el objetivo de colocar el distal tras la válvula pilórica. Generalmente indicada tras cirugía digestiva y en casos de intolerancia gástrica.

NATROPENIA

Disminución del sodio Na en la sangre (<135 mEq/l).

NEBULIZADOR

Aparato para nebulizar. Consta de una mascarilla tipo venturi, un reservorio para colocar el medica-

mento diluido en suero fisiológico (SF) y un tubo de conexión de oxígeno (Figs. 47).

NEBULIZACIÓN

Conversión de un líquido en una nube de vapor por una corriente de aire. Se utiliza para la fluidificación de secreciones (se administra SF junto a mucolíticos), administración de fármacos por vía pulmonar (broncodilatadores como el salbutamol), etc.

NEFRECTOMÍA

Resección del riñón.

NEUMONECTOMÍA

Resección del pulmón.

NEUMONÍA

Inflamación del tejido pulmonar.

Tipos:

- Aguda (neumonía fibrinosa).
- Bronquial (bronconeumonía), por aspiración, etc.

NEUMOTÓRAX

Acumulación de aire o gas en la cavidad pleural.

Tipos:

- Abierto. Se comunica con el pulmón.
- Artificial. Se produce al inyectar aire o nitrógeno, con objeto de colapsar el pulmón.
- A tensión. También hiperbárico. Suele producirse con neumotórax cerrado y/o abierto.
- Espontáneo. También llamado cerrado, porque la pared torácica permanece intacta sin que se produzcan filtraciones a la atmósfera.
- Traumático. Puede ser abierto o cerrado.

NEUROPATÍA

Trastorno que afecta los sistemas nerviosos periféricos y autónomos y causa un deterioro en el enlentecimiento de la transmisión nerviosa; insensibilidad en los pies, hipotensión ortostática, vejiga neurogénica, etc.

NISTAGMO

Movimientos involuntarios de los globos oculares en sentido vertical, horizontal y rotatorio.

NIVELES DE FÁRMACOS

Determinación sanguínea de la concentración de un fármaco en sangre. Generalmente, en la unidad de críticos se realizan niveles de; fenitoina, digoxina, amikacina, etc. En cada una de estas determinaciones existe un procedimiento determinado para obtención del resultado correcto; normalmente se realiza lo que se llama el “valle” y el “pico”. Se extrae una muestra de sangre antes de la administración del fármaco y otra muestra 30 minutos después.

N

NORADRENALINA

Fármaco y hormona. Catecolamina que actúa como neurotransmisor central y en las terminaciones adrenérgicas del sistema nervioso vegetativo. Se usa en el shock refractario a la dopamina y en la hipotensión tras extirpación de feocromocitoma. Se administra en bomba de perfusión.

Presentación:

1 amp = 10 mg = 100 ml

NOSOCOMIAL, INFECCIÓN

Infección adquirida durante la hospitalización, fre-

cuentemente producida por *Candida albicans*, *Escherichia coli*, los virus de la hepatitis, el herpes zóster, etc.



OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

El Comité Europeo de RCP (ERC) en el año 2000, establece una serie de normas con relación a la reanimación cardiopulmonar, normas basadas en la evidencia científica. En la obstrucción de la vía aérea establece tres tipos de actuaciones con relación al nivel de obstrucción:

- 1) Obstrucción parcial con paciente que respira: si el paciente respira con dificultad, se le animará a toser y se le acompañará a un centro sanitario.
- 2) Obstrucción parcial dónde el paciente deja de respirar; en esta situación el paciente no puede respirar y empezará a ponerse cianótico, se pondrá muy ansioso y empezará a perder fuerza; en este caso está indicado primero 5 palmadas en la espalda seguidas de cinco maniobras de Heimlich.
- 3) Obstrucción total, donde el paciente no respira y está inconsciente, se encuentra en el suelo. Se realiza un soporte vital modificado, empezando por la vía aérea, intentando ventilar, ya que a pesar de la obstrucción al estar el paciente inconsciente la relajación puede permitir la entrada de aire.



OLIGURIA

Secreción escasa de orina.

OPIÁCEOS

Analgésicos derivados del opio. A dosis altas pueden originar amnesia y pérdida de conciencia. Deprimen

el centro respiratorio y a nivel cardiovascular disminuyen la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, siendo bastante estables hemodinámicamente. Otros efectos son rigidez muscular y miosis. Se utilizan cuando se precisa una analgesia intensa y asociados a benzodiacepinas cuando además se pretenda sedar al paciente.

Opiáceos más comunes. Presentación y dosificación. (Ver ANEXO tabla 17).

OSTOMÍA

Procedimiento quirúrgico en el que se hace un orificio para permitir el paso de la orina desde la vejiga o del contenido intestinal desde el intestino a una incisión o estoma creado quirúrgicamente en la pared del abdomen. La ostomía se puede realizar para corregir un defecto anatómico para aliviar un obstrucción o para permitir el tratamiento de una infección o lesión grave del tracto intestinal. Cada procedimiento se denomina según la localización anatómica de la ostomía.

Tipos:

- Traqueostomía.
- Colostomía.
- Ileostomía.
- Cistostomía.
- Cecostomía, etc.

OXIGENOTERAPIA

Terapia cuya base es el empleo de oxígeno.

P

PAE

Proceso de Atención de Enfermería. Según listado de la NANDA:

A/ Diagnostico de Enfermería.

B/ Objetivos. (Resultados esperados).

C/ Actividades. (Cuidados de Enfermería).

D/ Evaluación.

PANCREATITIS

Se produce cuando se obstruye el flujo ductal pancreático y las enzimas digestivas se filtran desde el conducto pancreático al tejido circundante. Puede causar insuficiencia pancreática disminuyendo la producción de enzimas y bicarbonato causando la mal absorción de lípidos y proteínas.

PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR)

Cese de las funciones cardíacas y respiratorias.

PARÁLISIS

Pérdida del movimiento del cuerpo; de una o de varias partes.

Tipos

- Central.
- Cerebral.
- Cortical, etc.

PARAPLEJÍA

Parálisis de partes simétricas de ambos miembros superiores o inferiores.

Tipos:

- Braquial (de miembros superiores).
- Crural (de miembros inferiores).

PARCHE

Pedazo de papel, tela, etc., en una de cuyas caras se ha extendido un ungüento o bálsamo.

PARCHE DE NITROGLICERINA

Parche en el que el bálsamo extendido es nitroglicerina; fármaco vasodilatador coronario. Antihipertensivo. Presentaciones más frecuentes de nitroglicerina; de 40 y 80 mg.

PARENTERAL PERIFÉRICA, NUTRICIÓN

También nutrición parenteral hipocalórica (NPH). Indicada en aquellos casos en los que la alimentación oral o enteral es imposible, insuficiente o está contraindicada. Se administra por vía venosa periférica por lo que la osmolaridad no debe ser superior a 800 mOsm/l. Puede variar considerablemente según la edad, el estado general del paciente y las características de las venas periféricas. Las soluciones hipertónicas pueden provocar irritación venosa si se infunden a través de vía periférica. Necesitan más volumen que la nutrición parenteral total (NPT) para conseguir un aporte calórico suficiente. Se administra en bomba de infusión.

PARENTERAL TOTAL, NUTRICIÓN (NPT)

Indicada en aquellos casos en los que la alimentación oral o enteral es imposible, insuficiente o está contraindicada. Se administra por vía venosa central. Se aportan todos los requerimientos nutricionales

por vía venosa central debido a su alta osmolaridad > 1400 mOs/l. Individualizada. Fotosensible. Control de Glucemia digital cada 6 horas. Tipos; de estrés, de fracaso renal, etc. Se administra en bomba de infusión.

PARESIA

Debilidad.

Tipos:

- Paraparesia. Debilidad de un lado del cuerpo; derecha o izquierda.
- Tetraparesia. Debilidad de los cuatro miembros.

PENROSE, DRENAJE DE

Tubo de goma que se utiliza en heridas quirúrgicas para drenado por capilaridad.

PERICARDIOCENTESIS

Punción quirúrgica del pericardio. Se realiza cuando existe un taponamiento cardíaco. Este procedimiento supone la aspiración del líquido existente en el saco pericárdico con una aguja para aliviar la presión y permitir la contracción normal del músculo cardíaco.

PERICARDITIS

Inflamación del pericardio. Las causas más comunes son las infecciones, la uremia, el infarto agudo de miocardio, la neoplasia y el traumatismo.

Tipos:

- Aguda.
- Hemorrágica.
- Purulenta.
- Serosa, etc.

PERITONITIS

Inflamación aguda o crónica del peritoneo.

Tipos:

- Adhesiva; se caracteriza por adherencias entre el peritoneo parietal y el visceral.
- Aséptica; por irritación no microbiana.
- Diafragmática; localizada en la cara anterior del diafragma.
- Difusa; la aguda o crónica extendida a todo el peritoneo.
- Séptica; la producida por un microorganismo piógeno.
- Traumática; debida a una contusión o traumatismo.

PIE DIABÉTICO

Alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/ o ulceración del pie.

PLEJÍA

Parálisis

Tipos:

- Paraplejía. Parálisis de un lado del cuerpo, derecha o izquierda
- Tetraplejía. Parálisis de los cuatro miembros.
- Pentaplejía. Parálisis de los cuatro miembros y el cuello.

POLAQUIURIA

Emisión frecuente de orina.

POLIDIPSIA

Sed importante.

POLITRAUMATIZADO

Paciente que presenta varias lesiones traumáticas externas o internas relacionadas con riesgo vital.

POLIURIA

Secreción abundante de orina.

POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS)

También PLS. En el paciente inconsciente, de origen no traumatológico, previene la caída de la lengua hacia atrás y reduce el riesgo de broncoaspirado (Figs. 48 y 49).

PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP)

También PAP. Presión obtenida en la arteria pulmonar con un catéter pulmonar o de Swan Ganz ®. Se obtiene una PAP diastólica, una PAP sistólica y una PAP media.

Valores normales; 10/25 mmHg.

PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCP)

También PCP. Se obtiene por el inflado del balón del catéter pulmonar o de Swan Ganz ®, cuando se ocluye un segmento de la arteria pulmonar que permite acceder a eventos de la aurícula izquierda.

Valores normales; 5-10 mmHg. (Ver Swan Ganz ®).

PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC)

También PIC. Valores normales entre 5 y 15 mmHg. Valores por encima de 20 mmHg se considera hipertensión intracraneal.

PRESIÓN POSITIVA (CPAP)

Presión positiva constante aplicada sobre todo el ciclo respiratorio (ins/esp) en respiraciones espontáneas.

PRESIÓN POSITIVA ESPIRATORIA FINAL (PEEP)

Presión supraatmosférica aplicada al final de la espiración, en ventilación mecánica controlada.

PRESIÓN VENOSA CENTRAL (PVC)

Presión en la vena cava o entrada de la aurícula derecha. Indicada cuando se necesite la reposición de grandes cantidades de líquidos en pacientes con trastornos del equilibrio hidroelectrolítico y /o shock. Valores normales; 2-5 mmHg. Para calibrar (“hacer el cero” de referencia) el sistema hay que colocar el transductor de presión externamente a nivel de aurícula.

PRESURIZADOR

También bolsa de presión. Se utiliza principalmente como parte del sistema de medición de presiones invasivas (monitorización de la presión venosa central, presión arterial, presiones intracardíacas, etc.). Posee un manómetro el cual deberá estar siempre a 300 mmHg.

PROTOCOLOS FARMACOLÓGICOS INTRAVENOSOS EN PERFUSION

Concentración de los principales fármacos administrados en la unidad de críticos, en perfusión intravenosa (ver ANEXO Tabla 18).

Observaciones de enfermería, con relación al manejo de estos fármacos y sus disoluciones:

- Las disoluciones se realizarán con suero fisiológico (S.F), suero glucosado (S.G). u otra disolución a criterio médico. La bibliografía nos indica que las disoluciones en suero glucosado al 5% son más estables.
- Retirar del gotero el volumen de fármaco a introducir para que la relación ml:mg sea la correcta.
- No mezclar unos fármacos con otros por riesgo de interacción, inactivación o precipitación (consultar las tablas de interacciones medicamentosas expuestas en las unidades).
- Tener en cuenta las emboladas de estos fármacos, con efectos hemodinámicos importantes, que se pudieran realizar. Así pues, a la hora de administrar otro fármaco intravenoso directo, hacerlo por la llave que esté situada lo más cerca de la entrada de la vía venosa y si es posible por el gotero que esté perfundiendo una disolución sin fármaco, por ejemplo fisiológico con CLK.
- Tener en cuenta que la manipulación de todo sistema de perfusión intravenosa, preparación de disoluciones y la manipulación de llaves y tapones de las vías intravenosas y centrales se realizará con una asepsia rigurosa. La contaminación accidental y el consiguiente crecimiento de microorganismos (especialmente Candida, Enterobacter y Klebsiella) convierte a los preparados intravenosos (IV) en un vehículo para la infección.
- No dejar las llaves de tres pasos y rampas sin tapones de protección.
- No adicionar estos fármacos con productos sanguíneos, manitol o bicarbonato sódico.

- Al cambiar un gotero de un fármaco que produzca oscilaciones hemodinámicas importantes realizarlo con la máxima celeridad posible para no provocar alteraciones en el estado del paciente, como por ejemplo el nitroprusiato.
- Hay que tener preparadas todas las perfusiones a administrar, antes de que se terminen las anteriores, ya que como en el caso anterior, demoraríamos la administración de este fármaco.
- No utilizar los mismos sistemas de perfusión para administrar diferentes fármacos o al cambiar por uno nuevo, ya que podemos provocar interacciones farmacológicas, precipitaciones e incluso efectos del anterior fármaco retirado que en ese momento pudieran ser indeseables para el paciente.
- Al observar algún signo de precipitación, cambio de color de la disolución o solidificaciones, cambiar todos los sistemas afectados aunque estos funcionen correctamente, ya que posiblemente al producirse esa precipitación los fármacos implicados no realizan la función terapéutica deseada.
- La administración demasiado rápida de fármacos en disolución está en relación directa a la aparición de reacciones alérgicas; control de las emboladas y las infusiones sin control de bomba o por "dial-a-flo", ya que en este último sistema la velocidad de infusión estará condicionada por diversos factores como el calibre de la bránula venosa o catéter central, su zona de inserción, en el caso de bránula periférica la posición de los miembros del paciente, etc.
- Tener en cuenta que la perfusión de disoluciones por vía arterial puede producir gangrena; Diferenciar claramente las llaves de vías arteriales de las venosas.

- Comprobar, previo a la constitución de las diferentes disoluciones, si son apropiadas para su administración IV al igual que su conservación y caducidad.

PRÓDROMO

Conjunto de manifestaciones (signos y síntomas) que preceden a una enfermedad.

PROXIMAL

El más cercano al origen. Opuesto a distal.

PUNCIÓN

Introducción de un trocar, aguja o bisturí en una cavidad.

PUNCIÓN – LAVADO PERITONEAL

Consiste en la introducción, a través de la pared abdominal, de un catéter en la cavidad peritoneal ya sea mediante técnica percutánea o cirugía abierta. La indicación fundamental es el paciente politraumatizado grave con traumatismo abdominal cerrado e inestabilidad hemodinámica.

PUNCIÓN LUMBAR

Indicada ante toda sospecha clínica de síndrome meníngeo. Se trata de una punción en el espacio intervertebral L4 – L5.

PUNTIFORMES, PUPILAS

Pupilas mióticas. Pupilas de 1 mm de diámetro. Por ejem. se puede dar en la de intoxicación por opiáceos.

PUÑOPECUSIÓN

Precede al tratamiento eléctrico en caso de fibrilación ventricular (FV) (Fig. 50)



QRS

ECG. Complejo ventricular del electrocardiograma.

QUEMADURAS

Lesiones corporales provocadas por agentes físicos externos que pueden ser térmicos, químicos, eléctricos o radiactivos.

QUIMIOTERAPIA

Tratamiento del cáncer a través de medicamentos.



R

RADIOTRASPARENTE, CAMA

Cama articulada utilizada en las unidades de críticos que incorporan un guía por debajo de la cama para la colocación del negativo en la realización de radiografías; de esta forma no es necesario la movilización del paciente. En caso de pacientes críticos agudos; TCE, con drenajes cerebrales, politraumatizados, etc.

RAMSAY, ESCALA DE

Escala utilizada en anestesia y reanimación para valorar en nivel de sedación de un paciente. (Ver ANEXO Tabla 19).

REANIMACIÓN CARDIOPLUMONAR (RCP)

También RCP (Fig. 51). Conjunto de acciones con una pauta estandarizada, de desarrollo secuencial, con el objetivo, 1º de sustituir y 2º de restaurar la respiración y circulación espontánea, y con el objetivo fundamental de recuperar la función cerebral.

REDÓN

Botella estéril con vacío (presión negativa) que se utiliza para drenar líquidos (por ejem. sangrado en herida quirúrgica, etc).

REFLECTÓMETRO

Tira reactiva para glucemia.

REFLEJO CONJUNTIVAL

También corneal. Oclusión de los párpados cuando se toca la conjuntiva.

REFLEJO LARÍNGEO

Provocación de tos por irritación de la garganta.

REFLEJO OCULOCEFALÓGIRO

Movimiento asociado del ojo, cabeza y cuerpo cuando se enfoca la atención visual hacia un objeto.

REFLEJO PLANTAR

Ver Babinski.

REFLEJO PUPILAR

Contracción de la pupila por acción de la luz sobre la retina.

REFLEJO PUPILAR PARADÓJICO

Dilatación de la pupila por la acción de la luz.

RELAJANTES MUSCULARES

Su uso en la unidad de cuidados intensivos se limita a facilitar la intubación endotraqueal y la tolerancia a la ventilación mecánica. El paciente debe estar adecuadamente sedado.

Fármacos más utilizados:

- Succinilcolina (Mioflex ®) ampollas de 500 mg = 10 ml
- Vecuronio (Norcuron ®) vial de 10 mg a diluir en 10 ml
- Cisatracurio (Nimbex ®) ampollas de 20 mg = 10 ml

RESERVORIO DE O₂

También llamado popularmente “boina” (Fig. 52). Se acopla al Ambú® (ventilador manual) para administrar una concentración de oxígeno cercana al 99-100 %.

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (RMN)

Exploración médica basada en la capacidad de algunos núcleos atómicos de absorber energía de radiofrecuencia cuando son sometidos a un campo magnético y que permite la obtención de imágenes tomográficas y un análisis espectrométrico.

RESPIRACIÓN ABDOMINAL

La que utiliza principalmente los músculos abdominales y el diafragma.

RESPIRADOR

Aparato mecánico utilizado por anestesia, reanimación, y unidades de cuidados intensivos, para ventilación mecánica de un paciente. Tipo de respiradores; volumétricos, a presión, etc.

RIGIDEZ

Inflexibilidad, tiesura.

RIGIDEZ DE DECORTICACIÓN

Hipertonía en la que las extremidades superiores se mantienen en flexión y las inferiores en extensión.

RIGIDEZ DE DESCEREBRACIÓN

Hipertonía con extensión y pronación de las extremidades superiores y extensión de las inferiores.

R

RONCUS

Ruidos respiratorios continuos, de larga duración y tono bajo, como ronquidos. Puede ser producido por una producción de esputo.

S

SAFENECTOMÍA

Extirpación total o parcial de una vena safena. En nuestra unidad nos ingresan pacientes sometidos a cirugía cardíaca, operados de by-pass en los cuales se les ha practicado una safenectomía parcial para ser utilizada como injerto coronario.

SATURACIÓN DEL BULBO DE LA YUGULAR (SjO₂)

Saturación de oxígeno en el bulbo de la vena yugular. Se utiliza como parámetro en el tratamiento de pacientes neurocríticos.

SELDINGER, TÉCNICA DE

Técnica con fiador metálico para canalización de vías venosas o arteriales.

SEPSIS

También Septicemia. Estado morboso debido a la existencia en la sangre de bacterias patógenas y sus productos.

SENSOR DE FLUJO

Sensor que analiza los gases en la espiración en un ventilador mecánico.

SHOCK

También “choque”. Síndrome consecutivo a disminución del volumen sanguíneo.

Clínica; hipotensión arterial, hipotermia cutánea, taquicardia, palidez, sudoración fría, oliguria, trastornos neurológicos, etc.

Tipos de shock:

- Hipovolémico; hemorragia, vómitos, diarrea, quemaduras, etc.
- Cardiogénico; IAM, arritmias, etc.
- Obstructivo; taponamiento cardíaco, tromboembolismo pulmonar, etc.
- Distributivo; sepsis, anafilaxia, etc.

SIBILANCIAS

Ruidos respiratorios adventicios continuos, de larga duración y tono alto, como suspiros. Puede ser debido a estenosis de vías respiratorias, asma bronquial, EPOC, etc.

SIGNO

Síntoma objetivo de una enfermedad.

SIGNO DE BRUDZINSKI

Debido a la irritación meníngea. El paciente se coloca en decúbito supino y colocando la mano de la enfermera/o por debajo del cuello, se flexiona la cabeza hacia delante. La resistencia, dolor o la respuesta de flexión de rodillas son signos de posible irritación meníngea, en este caso signo de Brudzinski +.

SIGNO DE CULLEN

En la pancreatitis aguda. En caso de hemorragia pancreática se presenta a veces una coloración gris – azulada alrededor del ombligo.

SIGNO DE GREY – TURNER

En la pancreatitis aguda. En caso de hemorragia pancreática se presenta a veces una coloración gris – azulada en el costado.

SIGNO DE KERNIG

Debido a la irritación meníngea. El paciente se coloca en decúbito supino, elevando y flexionando una de las piernas hasta crear un ángulo de 90°. Si el paciente presenta resistencia o dolor a la extensión de la pierna, son signos de posible irritación meníngea, en este caso signo de Kernig +.

SÍNCOPE

También desmayo, lipotimia, etc. En general es consecutivo a una anemia cerebral aguda que cursa con pérdida de conciencia.

SÍNDROME

Conjunto de síntomas y signos en un tiempo y que determinan una patología o enfermedad.

SÍNTOMA

Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable y referida por el paciente.

SOLUCIÓN

Líquido que contiene un cuerpo disuelto. Disolución de un cuerpo en un líquido.

SOLUCIONES INTRAVENOSAS

Se utiliza en la fluidoterapia. Composición de las soluciones intravenosas más utilizadas en críticos (ver ANEXO Tabla 20).

SOPOR

Sueño profundo. Estado intermedio entre el sueño y el coma.

SOPLO CARDÍACO

Ruido auscultatorio. Típico en la insuficiencia mitral, tricúspide, aórtica y pulmonar.

SUBLUXACIÓN

Luxación incompleta. Separación permanente de las superficies articulares permaneciendo un contacto parcial.

SUPINO

Tumbado boca arriba. Contrario a Prono.

SWAN-GANZ ®

Catéter pulmonar. Catéter venoso que se inserta generalmente por vena subclavia o yugular interna y que sirve para medir presiones intracardíacas.

Parámetros que se pueden medir:

- PVC. Presión venosa central.
- PAP. Presión arterial pulmonar.
- PCP. Presión capilar pulmonar.
- GC. Gasto cardíaco

T

TC

Sigla de tomografía computarizada. Técnica radiológica diagnóstica.

TAPONAMIENTO CARDÍACO

Síndrome producido por el aumento de la presión intracardíaca secundaria a la acumulación de líquido dentro del espacio pericárdico, lo que dificulta el llenado de las cavidades cardíacas y disminuye el gasto cardíaco. Se caracteriza por la Triada de Beck: hipotensión arterial, elevación de la presión venosa central y disminución de la actividad cardíaca.

TAQUIARRITMIA

ECG. Arritmia con una frecuencia del latido alta.

TAQUICARDIA

Aceleración de los latidos cardíacos (Figs. 55, 56 y 57).

Tipos:

- Auricular, ventricular o auriculo-ventricular; sucesión rápida de latidos cardíacos cuya causa está localizada en las aurículas, ventrículos o nodo auriculoventricular, respectivamente.
- Paroxismal; se repite por accesos.
- Refleja; por causas extracirculatorias.
- Sinusal; el impulso cardíaco se origina en el nodo sinoauricular.

TAQUIPNEA

Respiración acelerada y superficial (> 20 respiraciones / minuto)

TAREAS DE ENFERMERÍA

Principales tareas de Enfermería en las Unidades de Críticos:

Mañanas:

- Comunicación verbal de información sobre los pacientes (relevo).
- Planificar el tratamiento medico y las tareas de enfermería.
- Controles horarios.
- Ctes. vitales; PA, FC, FR, T^a.
- Diuresis.
- Parámetros de ventilación.
- ECG a pacientes coronarios.
- Aseo del paciente.
- Cambios de apósitos de vías.
- Cura de heridas quirúrgicas.
- Desayuno 9 h.
- Medicación 9 - 12 h.
- Cambios en el tratamiento.
- Balance hídrico parcial (si está indicado).

Tardes:

- Comunicación verbal de información sobre los pacientes (relevo).
- Planificar el tratamiento médico.
- Controles horarios:
- Ctes. vitales; PA, FC, FR, T^a
- Diuresis.
- Parámetros de ventilación.
- Balance hídrico parcial (si está indicado)
- Medicación: 16 h, Cena.

Noches:

- Comunicación verbal de información sobre los pacientes (relevo).
- Planificar el tratamiento médico.
- Controles horarios.
- Ctes. vitales; PA, FC, FR, T^a.
- Diuresis.
- Parámetros de ventilación.
- Medicación: 24 h, 6 h, 8 h.
- 7 h. Analíticas.
- 7.30 h. Balance hídrico.
- Graficas del día siguiente.

TENESMO

Deseo continuo doloroso e ineficaz, de orinar o defecar (tenesmo vesical o rectal).

TETRAPLEJÍA

Parálisis de los miembros superiores e inferiores.

TISS

Sistema de valoración de gravedad en pacientes críticos.

TORÁCICO, DRENAJES

Sistema de drenaje pulmonar de líquido o aire.

Tipos de depósitos:

- “Pleur-Evac” ® .Se conecta el sistema aspiración; el sello bajo agua hace de sistema de seguridad.
- “Lechera”. El sello queda bajo agua.

A la hora de hacer el registro del drenado hay que valorar:

- Cantidad en ml.
- Aspecto; hemático, seroso, etc.
- Otros aspectos; si aparece burbujeo, etc.

TORACOCENTESIS

Punción del espacio pleural con fines diagnósticos o terapéuticos. Evacuación de derrame pleural o aire.

- En caso de neumotórax a tensión, la punción se realiza en el segundo espacio intercostal línea media clavicular.
- En caso de hemotórax (colección de sangre en el espacio pleural) se colocaría el tubo de drenaje en el quinto espacio línea media axilar.

TRANSDUCTOR DE PRESIÓN

Para la medición de presiones fisiológicas. Convierte las presiones (físicas) en señales eléctricas (ondas y números). En las unidades de críticos se utilizan para la medición de presiones cardíacas; PAP, PVC, PCP (ver Swan Ganz ®), presión arterial sistémica; PA, presión venosa central; PVC, Presión intracraneal; PIC, etc. Cuando se conecta por primera vez, se debe calibrar (“hacer el cero”).

TRAQUEOSTOMÍA

Diseción del espacio pretraqueal, aislamiento de la tráquea e introducción de una cánula de traqueostomía. Números 6, 7, 8. Fenestrada; agujereada (simple y doble) y no fenestrada. Con la cánula fenestrada, si el paciente conserva parte de las cuerdas vocales, podrá hablar

TRATAMIENTO

Conjunto de medios diversos, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

TRENDELENBURG, POSICIÓN

Posición en decúbito supino con los pies por encima de la cabeza.

TREPANACIÓN

Para evacuar hematomas o insertar dispositivos de monitorización intracraneal.

TROCAR

Instrumento que consiste en un punzón introducido en una vaina, de la que se puede retirar, una vez perforada con el instrumento, la pared de una cavidad del cuerpo.

Por ejem. trocar torácico. Números; 14-16-18-20-22-24.

TROMBOFLEBITIS

Oclusión con un trombo de una vena por un proceso inflamatorio de su pared.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

Afecta generalmente a las extremidades inferiores, siendo la causa fundamental de la mayoría de los tromboembolismos pulmonares. Clínica; dolor, edema, aumento de temperatura en la zona afectada, disminución de pulsos periféricos, etc.

TUBERCULOSIS (TBC)

Enfermedad infecciosa, contagiosa e inoculable causada por el *Mycobacterium tuberculosis*.

TUMEFACCIÓN

Hinchazón. Aumento de volumen de una región por infiltración, tumor o edema.

TUBO EN T

Consiste en conectar el tubo endotraqueal a un tubo en T con oxígeno (ver destete).

TUMOR

Desarrollo patológico de un tejido.

U

ÚLCERAS ARTERIALES

Son consecuencia de un déficit de aporte sanguíneo en la extremidad afectada secundario a una arteriopatía generalmente crónica, También se le conoce como isquémicas. Suelen tener una evolución crónica, con mal pronóstico debido a la poca respuesta terapéutica y a los procesos sistémicos concomitantes en los enfermos, además de un alto riesgo de infección. Su localización preferente es en zonas distales o en la cara antero-externa de la pierna, sobre prominencias óseas, puntos sometidos a presión en los pies, punta de dedos, zonas interdigitales, talón etc.

ÚLCERAS DIABÉTICAS

Son úlceras en el que el 90% de ulceraciones la causa es la neuropatía periférica diabética. Las ulceraciones más frecuentes son la neuropáticas, entre un 45 y un 60% del total, las neuroisquémicas entre un 25 y un 45% y las puramente isquémicas entre un 10 y un 15%.

ÚLCERA NEURO-ISQUÉMICA

Es una ulceración con necrosis inicialmente seca y habitualmente de localización latero-digital, que suele progresar de forma rápida, húmeda y supurativa si existe infección sobreañadida. Generalmente los pulsos tibiales están abolidos y existe una neuropatía previa asociada.

ÚLCERA NEUROPÁTICA

Es una ulceración en un punto de presión o deformación del pie, presenta tres localizaciones prevalentes; primer y quinto metatarsiano en sus zonas acras, y calcáneo en su extremo posterior. Son ulceraciones de forma redondeada, callosidad periulcerosa e indoloras. La perfusión arterial es correcta, con los pulsos periféricos conservados.

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

Lesión que se produce por una falta de riego sanguíneo ocasionado por una presión continua entre la superficie y el plano óseo.

Los pacientes más predispuestos a padecerlas son:

- Pacientes con lesión medular (tetrapléjicos, parapléjicos, etc.).
- Pacientes con enfermedad neurológica (esclerosis múltiple, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de parkinson, etc).
- Enfermos de cualquier edad obligados a la inmovilidad (terminales, etc).

Existen dos tipos de presión:

- Presión directa (ejercida de forma perpendicular).
- Presión tangencial o fuerza de cizallamiento (ejercida en sentido contrario al desplazamiento del paciente sobre un plano duro).

Se considera que una presión externa que sobrepase la presión capilar media, aproximadamente 28-38 mmHg es suficiente para dañar un tejido, si se mantiene durante un período prolongado.

La aparición de las UPP es un proceso ligado íntimamente a los cuidados de enfermería. Se puede definir como un indicador de calidad de los cuidados

prestados por los profesionales de enfermería. Deterioran la calidad de los pacientes y son un riesgo de infección (osteomielitis, artritis séptica, etc.) pudiendo desencadenar en muerte por sepsis generalizada.

Las UPP se caracterizan por ser una lesión abierta en la piel con escasa o nula tendencia a cicatrizar por diversos factores; edad avanzada, estado nutricional deficitario, tratamiento farmacológico, inmovilidad, patología de base, etc. El proceso de cicatrización puede durar de semanas a años.

Factores que predisponen a una UPP:

- Extrínsecos (roce o fricción, presión continua, fuerzas de cizallamiento, etc.).
- Intrínsecos (inmovilidad prolongada, edad avanzada, enfermedades de base concurrentes, malnutrición, incontinencia urinaria y/o fecal, falta de higiene personal, etc.).

Estadios de las UPP. (Según AHCPR; Agency for Health Care Policy and Research; Agencia de Cuidados de la Salud de USA (Ver ANEXO Tabla 21)

Escalas de Valoración.

La escala de Norton (1962), confeccionada en un principio para la población geriátrica, y la escala de Braden (1987). Son las únicas escalas en que se han estudiado la validez y la fiabilidad. La escala de Braden supera la fiabilidad y el valor predictivo de la de Norton (Ver ANEXO Tabla 22).

Prevención de UPP (Ver ANEXO Tabla 23).

U

Tratamiento de las UPP (Ver ANEXO Tabla 24).

Indicadores epidemiológicos en las UPP.

Son un instrumento de gran utilidad para poder medir el alcance del problema de las UPP. Es importante que se utilice una misma metodología para elaborar los indicadores epidemiológicos. Los más conocidos son la prevalencia y la incidencia. (Ver ANEXO Tabla 25).

Severidad de las lesiones. Índice de severidad de Braden. (Ver ANEXO Tabla 26).

ÚLCERAS VENOSAS

Son lesiones con pérdida de sustancia que asientan sobre una piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa, la cual constituye la complicación principal de la insuficiencia venosa crónica. Dos procesos pueden ser su origen; las varices esenciales o primarias (úlceras varicosas) y de otro la enfermedad posflebítica secundaria a trombosis venosas profundas (úlceras posflebíticas o postrombóticas). Se suele localizar preferentemente en la mitad inferior de la pierna, en el área perimaleolar y sobre todo en la zona supramaleolar interna. Diagnóstico diferencial entre úlceras arteriales y venosas (Ver ANEXO Tabla 27).

UNIDAD CORONARIA

Equipo de personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares, etc.), instalado en un centro sanitario, que poseen una serie de aparatos para registrar las funciones coronarias.

UREA

Producto del catabolismo de las proteínas, que se ingieren en los alimentos y se eliminan por el riñón.

UREMIA

Presencia de cantidades excesivas de urea y de los productos nitrogenados de desecho en la sangre, como ocurre en la insuficiencia renal.

URETERITIS

Trastorno inflamatorio del uréter causado por una infección o por la irritación mecánica producida por un cálculo.

URETRITIS

Trastorno inflamatorio de la uretra que se caracteriza por disuria, generalmente secundaria a una infección de la vejiga o de los riñones.

URGENCIA HIPERTENSIVA

Elevación brusca de la tensión arterial sin que exista disfunción en los órganos diana.

V

VACUÓMETRO

Sistema de aspiración (presión negativa) utilizado en los drenajes.

VALGO

Dirigido hacia fuera.

VARO

Dirigido hacia dentro.

VENTILACIÓN MECÁNICA

Definición; mantenimiento por un período de tiempo de forma automática de la función respiratoria.

Indicaciones clínicas; apnea, fallo ventilatorio agudo, hipoxemia refractaria, inestabilidad circulatoria severa, necesidad de hiperventilación en TCE, etc.

Tipos de respiradores:

- A presión positiva; a presión, volumétricos y a tiempo.

- A presión negativa.

Volumétricos; Oxilog ®, Elvira (Ángstrom ®), Servo 900 y 300 (Siemens ®), Vt3 y Ergotronic 3 (Themel ®).

Parámetros Ventilación Mecánica (Ver ANEXO Tabla 28).

Modalidades respiratorias (Ver ANEXO Tabla 29).

VENTILACIÓN ASISTIDA CONTROLADA (ACMV)

Se suministra un volumen corriente preseleccionado a una frecuencia respiratoria predeterminada, pero en respuesta a un esfuerzo inspiratorio del paciente el ventilador proporciona respiraciones asistidas con un volumen corriente seleccionado. En el caso de que la frecuencia del paciente caiga por debajo del nivel prefijado, el ventilador se pone en modo CMV. El paciente solo influye en la frecuencia respiratoria, ya que el ventilador autorregula el volumen minuto.

VENTILACIÓN CON PRESIÓN SOPORTE (VPS)

Las respiraciones del paciente son suplementadas con una presión positiva inspiratoria.

VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE (IMV)

El paciente respira espontáneamente, pero a intervalos predeterminados, el ventilador suministra una respiración a presión positiva (Ver PEEP), con un volumen corriente preseleccionado.

VENTILACIÓN MECÁNICA CONTROLADA (CMV)

Se suministra un volumen corriente preseleccionado a una frecuencia respiratoria predeterminada. Los esfuerzos inspiratorios del paciente no influyen en la ventilación.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

Ventilación mecánica sin necesidad de intubación

endotraqueal. Se utiliza un ventilador no invasivo que en modo BIPAP suministra un volumen de aire a una frecuencia determinada (como en la ventilación mecánica invasiva) y utiliza diferentes sistemas como la mascarilla facial, la nasal, etc.

Dentro de los cuidados de enfermería en este tipo de paciente se encuentra la de la prevención de UPP en zonas de presión de las mascarillas utilizadas; puente de la nariz, la frente, etc. Se recomienda levantar la mascarilla periódicamente (cada hora) para aliviar la presión.

VENTILADOR MANUAL

Balón de reanimación acoplado a una válvula inspiratoria/espíratória (Figs. 58 y 59).

VENTILADOR MECÁNICO (RESPIRADOR)

Aparato utilizado en anestesia, reanimación y unidades de cuidados intensivos para la ventilación mecánica de pacientes (Figs 60 y 61).

VENTRICULAR, DRENAJE

Drenaje cerebral que se coloca en los ventrículos cerebrales con diferentes objetivos:

- Medición de la PIC.
- Drenaje de LCR.
- Obtención de muestras para analítica.
- Administración de fármacos (vía intratecal).

VHA

Sigla del virus de la hepatitis A.

VHB

Sigla del virus de la hepatitis B.

VHC

Sigla del virus de la hepatitis C.

VHD

Sigla del virus de la hepatitis D.

VIAL

Frasco o ampolla pequeño de vidrio.

VIH

HIV virus de la inmunodeficiencia humana. Retrovirus de la familia Retrividae que afecta principalmente a los linfocitos T activadores. Agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Antes LAV/HTLV-III. Dos serotipos VIH-1 (de distribución mundial) y VIH-2 (responsable del SIDA en el oeste de África.

VOLUMEN CORRIENTE

También volumen tidal (VT). Volumen de una inspiración normal.

VOLUMEN RESERVA ESPIRATORIO

Volumen de espiración forzada que sigue a una espiración normal.

VOLUMEN RESERVA INSPIRATORIO

Volumen en inspiración forzada.

W

WPW

Wolf-Parkinson-White, síndrome de. Asociación de trastornos neurovegetativos con taquicardia paroxística supraventricular y modificaciones electrocardiográficas típicas (acortamiento PR y alargamiento del complejo QRS).

TABLAS

Tabla 1

FiO2 del Ambú según fuente de O2	
Ambú ®	FiO2
Sin O2	21%
Con O2 pero sin reservorio	60 %
Con O2 y reservorio	99-100 %

Tabla 2

Signos vitales y pruebas de laboratorio
Pulso
TA media
Temperatura
Respiraciones minuto
PaO2
Hematocrito
Leucocitos
Creatinina
Diuresis
BDN
Sodio
Albúmina
Bilirrubina
Glucosa
a/ Puntuación para los trastornos del equilibrio ácido-base
b/ Puntuaciones para la edad y el estado de salud crónico
c/ Puntuaciones para las alteraciones neurológicas de acuerdo con la presencia o ausencia de apertura de ojos

Tabla 3

BALANCE HÍDRICO ESTANDAR				
Acumulado día anterior:				
	MAÑANA	TARDE	NOCHE	TOTAL 24 H
ENTRADAS				
Dieta oral				
N.E.				
N.P.				
Fluidos				
Hemoderivados				
H2O endógena				
Humidificación O2				
TOTAL ENTRADAS				(+)
SALIDAS				
Diuresis				
Heces				
Vómitos				
SNG				
Drenajes				
Hipertermia				
Pérdidas insensibles				
Díálisis				
TOTAL SALIDAS				(-)
BALANCE DEL DÍA				
BALANCE ACUMULADO				

Tabla 4

BRÁNULAS VENOSAS PERIFÉRICAS		
Número	Color	ml/m
24G	Amarillo	22
22G	Azul	35
20G	Rosa	60
18G	Verde	100
16G	Gris	210
14G	Naranja	345

Tabla 5

COMPONENTES CARRO DE PARADAS

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	OBSERVACIONES
MATERIAL GENERAL	Monitor – desfibrilador – marcapasos	1	
	Tabla de masaje cardíaco externo	1	
	Ambú ® completo con bolsa reservorio	1	
	Mascarilla laríngea	2	1 grande y 1 pequeña
	Tubos endotraqueales	9	1 de cada tamaño desde el nº 6 al nº 10
	Mangos de laringoscopio	2	Con pilas de repuesto
	Palas de laringoscopio	5	1 de cada tamaño: 0, 1, 2, 3, 4.
	Tubos de mayo /Cánulas Guedel	5	1 de cada tamaño
	Kit cricotiroidectomía	1	
	Pinza magill	1	
	Fiadores Tubos endotraqueal	3	2 adulto y 1 pediátrico.
	Lubricante hidrosoluble	1	
	Vendas de fijación tubo endotraqueal	2	
	Jeringas 5 – 10 ml	10	5 de cada tamaño
	Agujas	10	Varios tamaños
	Electrodos monitorización	1 bolsa	
	Cable marcapasos externo	1	
	Electrodos marcapasos externo	4	
	Placas desfibrilación	2	
	Gel desfibrilador	1	
	Guantes estériles	3	1 de cada tamaño
	Bránulas periféricas	4	1 de cada tamaño: 14, 16, 18, 20
	Garrotes	2	
Sistemas de perfusión de 20 gotas	2		
Llaves de tres pasos y alargadera	2		
MEDICACIÓN	Atropina	10	
	Adrenalina	25	
	Lidocaína 1 – 5 %	10	5 de cada dilución
	Dopamina	5	
	Dobutamina	5	
	Propofol	2	
	Volantina	2	
	Cloruro mórfico	4	
	Trangorex	5	
	Midazolam	5	
	Scandinibs 2 %	5	
	Aleudrina	5	
	Diacepam	5	
	Cloruro cálcico	5	
	Cloruro potásico 2M	5	
Glucosmón	5		

	Hypnomidate	5	
	Solinitrina s/l	5	
	Sulmetín	5	
	Nitroglicerina	5	
	Actocortina	5	
	Bicarbonato sódico 1M	5	
FLUIDOS	S.F. 0.9 %	3	1 de cada tamaño: 50, 100, 500 ml
	S. Glucosado 5 %	1	500 ml
	SG 10 %	1	500 ml
	SG 20 %	1	500 ml
	SG 50 %	1	500 ml
	Propofol 2 %	1	
	Bicarbonato	2	1M y 1/6 M
	Expansores del plasma: Elohes ® y Hemoce ®	2	500 ml cada uno

Tabla 6

CONSTANTES BIOLÓGICAS. VALORES DE REFERENCIA (Adultos)	
AMILASA	25-125 U.I.
BILIRRUBINA TOTAL	0.2 - 1 mg/100 ml
COLESTEROL TOTAL	140-240 mg/100 ml
HDL	35 - 65 mg/100 ml
LDL	150 - 190 mg/100 ml
CPK VARON	10 - 80 mU/ml
HEMBRA	
CREATININA	0.6-1.2 mg/100 ml
GLUCOSA	65-110 mg/100 ml
GOT	2-20 U.I.
GTP	2-20 U.I.
PROTEINAS TOTALES	6-8 g/100 ml
LDH	120 - 240 mU/ml
POTASIO	3.5-4.5 mEq/l
SODIO	136-146 mmol/l
UREA	7-18 mg/100 ml
URICO, ACIDO	2.5 - 7 mg/100 ml
HEMATÍES Varón	4.5-5.9 x 10(6) mm ³
Hembra	4.0-5.2 x 10(6) mm ³
VCM	80-100 um ³
HCM	26-34 pg/cel
VSG ZETA	41-54 %
HEMATOCRITO Varón	41-53 %
Hembra	36-46 %
HEMOGLOBINA	13.5-17.5 g/100ml
	12.0-16.0 g/100ml
NEUTROFILOS	70 - 80 %
LEUCOCITOS	4.5-11.0 x 1000/mm ³
FORMULA MIELOCITOS	0
CAYADOS	3-5 %
SEGMENTADOS	54-52 %
EOSINOFILOS	0 - 4 %
BASOFILOS	0-0.75
LINFOCITOS	25-33 %
MONOCITOS	5 - 15 %
FIBRINOGENO	2 - 4 g/l
PROTROMBINA	60-150 %
PLAQUETAS	130.000 - 400.000 mm ³
TIEMPO DE PROTROMBINA – QUICK	11 -15 seg. (= 100 %)

Los valores pueden variar significativamente con los métodos de análisis de diferentes laboratorios.

Tabla 7

ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES. COLOCACIÓN DE LOS ELECTRODOS.		
MIEMBROS	COLOR	LUGAR
	Rojo	Miembro superior derecho (MSD)
	Amarillo	Miembro superior izquierdo (MSI)
	Negro	Miembro inferior derecho (MID)
	Verde	Miembro inferior izquierdo (MIF)
PRECORDIALES	V1	4º espacio intercostal derecho
	V2	4º espacio intercostal izquierdo
	V3	Entre V2 y V4
	V4	5º espacio intercostal izquierdo (línea media clavicular)
	V5	Entre V4 y V6
	V6	5º espacio intercostal izquierdo. Línea media axilar

Tabla 8

ECG – R (ELECTROCARDIOGRAMA DE LA PARTE DERECHA) COLOCACIÓN DE LOS ELECTRODOS.		
MIEMBROS	COLOR	LUGAR
	Rojo	Miembro superior derecho (MSD)
	Amarillo	Miembro superior izquierdo (MSI)
	Negro	Miembro inferior derecho (MID)
	Verde	Miembro inferior izquierdo (MIF)
PRECORDIALES	V1 – R	4° espacio intercostal izquierdo.
	V2 – R	4° espacio intercostal derecho
	V3 – R	5 ° espacio intercostal derecho.
	V4 – R	Línea clavicular media (5 ° espacio intercostal derecho).

	V5 - R	Línea axilar anterior (5 ^o espacio intercostal derecho).
	V6 - R	Línea axilar media (5 ^o espacio axilar media).

Tabla 9

ANALGESIA EPIDURAL. PROTOCOLOS	
Los diferentes protocolos se administrarán con una bomba de perfusión de 1 canal, "tipo jeringa". Las variaciones del ritmo de perfusión podrán ser de 0.1 ml.	
PROTOCOLO A (Bup + Fent 3).	
Bupivacaina (Svedocain ®) 0.5%. 12.5 ml.	
Fentanilo (Fentanest ®). 3 ml (1 ampolla).	
Suero salino fisiológico 0.9%. 34. 5 ml.	
PROTOCOLO B (Bup + Fent 6).	
Bupivacaina (Svedocain ®) 0.5%. 12.5 ml.	
Fentanilo (Fentanest ®). 6 ml (2 ampolla).	
Suero salino fisiológico 0.9%. 31. 5 ml.	
PROTOCOLO C (Bup + Fent 12).	
Bupivacaina (Svedocain ®) 0.5%. 12.5 ml.	
Fentanilo (Fentanest ®). 12 ml (3 ampolla).	
Suero salino fisiológico 0.9%. 25. 5 ml.	

Tabla 10

EQUIVALENCIAS FARMACOLÓGICAS DE LOS PRINCIPALES FÁRMACOS UTILIZADOS EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS.	
Componente farmacológico	Nombre comercial ®
Amikacina	Diatracin ®, Biclin ®
Atenolol	Bloquiun ®
Aztrezonan	Azantaz ®
Captopril	Capoten ® Cesplon ®
Claritromicina	Klacid ® Bremon ®
Clindamicina	Dalacin ®
Cefazolina	Kefol ® Kurgal ®
Cefotaxima	Primafen ® Claforan ®
Ceftazidima	Fortan ® Kefamin ®
Ceftriaxona	Rocefin ®
Ciprofloxacino	Baycid ® Rigoran ®
Coronur	Uniket ®
Hidrocortisona	Actocortina ®
Imipenem	Tienam ®
Isoket	Isolacer ®
Masdil	Dinisor ®
Piperacilina	Tazocel ®
Procainamida	Biocoril ®
Propranolol	Sumial ®
Propofol	Diprivan ®
Teicoplanina	Targocid ®
Tobramicina	Tobra ®
Vancomicina	Diatracin ®

Tabla 11

FARMACOS FIBRINOLÍTICOS
<p>ESTREPTOQUINASA. Trombolítico, compuesto de estreptoquinasa, que se obtiene del cultivo de Streptococo B - Hemolítico Nombre Comercial: STREPTASE INYECTABLE ®. Presentación: 1 Vial = 250.000 ó 750.000 U.I. de estreptoquinasa. Disolución: S.F. 0.9 %. En Nevera.</p>
<p>ACTIVADOR TISULAR DEL PLASMINÓGENO HUMANO RECOMBINANTE. (rt - PA). Trombolítico que actúa como activador del plasminógeno humano recombinante. Nombre Comercial: ACTYLISE ®. Presentación: 1 Vial = 50 mg. Disolución: S.F. 0.9 %. En nevera. Fotosensible.</p>
<p>TENECTEPLASA Nombre comercial: METALYSE ® Presentación: 1 vial = 8000 unidades de tenecteplasa (40 mg) 1 vial = 10.000 unidades de tenecteplasa (50 mg). 1 jeringa precargada contiene 8 ml de agua para inyectables</p>

Tabla 12

Gasometría. Valores de referencia	
Ph	7.35-7.45
PCO2	35-45 mmHg
PO2	75-100 mmHg
SaO2	95-100 %
CO3H	22-26 mEq/l
EB	+/- 6

Gasometría. Valores críticos	
Ph	<7.35 >7.55
PCO2	<20 >60 mmHg
PO2	>40 mmHg
SaO2	< 75 %
CO3H	>15 >40 mEq/l
EB	

Tabla 13**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

Apertura de ojos	
Espontánea	4
Ante la orden	3
Al dolor	2
Ninguna	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos	2
Ninguna	1
Respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Flexión retirada	4
Flexión anormal	3
Extensión	2
Ninguna	1
Total	

- Puntuación igual o menor que 8 se considera coma
- Puntuación máxima 15
- Puntuación mínima 3

Tabla 14

HORARIO	ADMINISTRACIÓN											DE
MEDICAMENTOS	4	6	8	9	12	13	16	18	20	22	24	
C/ 4h	X		X		X		X		X		X	
C/ 6h		X			X			X			X	
C/ 8h			X				X				X	
C/ 12H			X						X			
C/ 24 h			X									
I - I - I				X		X			X			
I - 0 - I				X					X			
I - 0 - 0				X								

Tabla 15

TIPOS DE INSULINA U-40 (40 UI/ML)

TIPO	NOMBRE COMERCIAL	ACCIÓN
		Comienzo
Ultrarrápidas	Humalog®	15 min.
Rápidas	Actrapid®	15-30 min.
	Humulina regular®	15-30 min
Intermedias	Insulatard NPH®	1-2 h
	Monotard®	2-3 h
	Humulina NPH®	1-2 h
	Humulina lenta®	2-3 h
Prolongadas	Ultratard®	4-6 h
	Humulina ultralenta®	3 h
Mezclas	Humulina 10:90®	
	Humulina 20:80®	
	Humulina 30:70®	
	Mixtard 30:70®	
	Humulina 40:60®	
	Humulina 50:50®	

ACCIÓN	ACCIÓN	ASPECTO
Pico máximo	Duración	
30-60 min	4 h	Claro
2-4 h	5-6 h	Claro
2-4 h	5-6 h	Claro
4-8 h	18-24 h	turbio
7-15 h	18-24 h	turbio
4-8 h	18-24 h	turbio
4-16 h	18-24 h	turbio
10-20 h	26-28 h	turbio
6-14 h	26-28 h	turbio
		turbio
		turbio

Tabla 16

TIPOS DE INSULINA U-100 (100UI/ML)

TIPO	NOMBRE COMERCIAL	ACCIÓN
		COMIENZO
ULTRARÁPIDAS	Humalog®	15 min.
RÁPIDAS	Actrapid®	15-30 min
	Humulina regular®	15-30 min
INTERMEDIAS	Insulatard NPH®	1-2 h
	Humulina NPH®	1-2 h
MEZCLAS	Humulina 10:90®	
	Mixtard 10 Novolet®	
	Humulina 20:80®	
	Mixtard 20 Novolet®	
	Humulina 30:70®	
	Mixtard 30 Novolet®	
	Humulina 40:60®	
	Mixtard 40 Novolet®	
	Mixtard 50 Novolet®	

ACCIÓN	CARTUCHOS PLUMA	JERINGAS PRECARGADAS
DURACIÓN		
4 h	BD-pen	
5-6 h	Penfill Novopen	Novolet
5-6 h	BD-Pen	Humapplus regular
18-24 h	Penfill Novolet	Novopen
18-24 h	BD-Pen	Humapplus NPH
	BD-Pen	Humapplus 10:90 Novolet Humapplus 20:80 Novolet Humapplus 30:70 Novolet Humapplus 40:60 Novolet Novolet

Tabla 17

OPIÁCEOS MÁS COMUNES. PRESENTACIÓN Y DOSIFICACIÓN.			
	Morfina (Cl. Mórfico ®)	Meperidina (Dolantina ®)	Fentanilo (Fentanest ®)
Presentación	10 mg = 1 ml	100 mg = 2 ml	0.15 mg = 3 ml
Potencia		Octava parte de la morfina	Cien veces más que la morfina
Bolo	IV: 2 – 10 mg	IV: 20 – 50 mg IM: 50 – 100 mg	IV: 0.05 – 0.1 mg
Perfusión	1 – 4 mg/ h	1 mg /kg	0.07 – 0.2 mg/ h

Tabla 18

CONCENTRACIÓN DE LOS PRINCIPALES FÁRMACOS ADMINISTRADOS EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS, EN PERFUSIÓN INTRAVENOSA		Concentración
Presentación		
AMIODARONA 1 amp = 150 mg = 3ml		2 ampollas en 20 minutos. 2 ampollas + 250 S.F. en 8 horas. 4 ampollas + 500 S.F. en 24 horas. Bomba de jeringa : 3 amp + 35 ml de S.F.
ATACURONIO 1 amp = 50 mg = 5 ml		50 mg en 100 ml de S.F.
CLORURO MORFICO 1 amp = 10 mg = 1 ml		250 mg en 250 ml de S.F.
DOBUTAMINA (DOBUTREX ®) 1 amp = 250 mg = 20 ml		400 mg en 100 ml S.F.
DOPAMINA (DOPAMINA PRODES ®) 1 amp = 200 mg = 10 ml		160 mg (8 amp) en 250 ml de S.F.
FUROSEMIDA (SEGURIL) 1 amp = 20 mg = 2 ml		80 mg (1,6 ml) en 100 ml S.F.
HEPARINA SODICA 1 vial 5 % = 25.000 U.I. = 250 mg = 5 ml		Bolo : 1- 1'5 mg/kg (2 minutos) Bomba perfusión: 2 amp + 230 ml S.G. 5 %. Bomba jeringa : 6 amp + 32 ml S.F.
LIDOCAINA 1 amp 5 % = 500 mg = 10 ml		Bomba de jeringa : 1 vial
MIDAZOLAN 1 amp = 15 mg = 3 ml		50 mg en 500 ml de S.F.
NIMODIPINO 1 vial = 10 mg = 50 ml		Bomba de jeringa : 1 amp + 45 ml S.G.5%
NITROGLICERINA (SOLINTRINA ®) 1 amp = 50 mg = 10 ml		Bomba de jeringa : 2 amp + 40 ml S.G.5%
NITROPRUSIATO 1 amp = 50 mg = 5 ml		Bomba de jeringa : 2 amp + 30 ml S.F.
NORADRENALINA 1 amp = 5 mg = 5 ml		
URAPIDIL 1 amp = 50 mg = 10 ml		

Tabla 19

ESCALA DE RAMSAY	
Paciente consciente	
Nivel 1	Agitado, ansioso
Nivel 2	Tranquilo, colaborador
Nivel 3	Despierta bruscamente con estímulo
Paciente Inconsciente	
Nivel 4	Respuesta perezosa a estímulo glabellar
Nivel 5	Respuesta a estímulos dolorosos
Nivel 6	Sin respuesta

Tabla 20

COMPOSICIÓN DE LAS SOLUCIONES INTRAVENOSAS MÁS UTILIZADAS EN CRÍTICOS						
Suero	Na	K	Cl	Lact	Glu	Osm
	mEq/L	mEq/L	mEq/L	mEq/L	g/L	mOsm/L
Salino 0.9 %	154		154			308
Salino 0.45 %	765		765			153
Glucosalino 1/5	30.8		30.8		47	320
Glucosalino 1/3	51.3		51.3		33	286
Ringer Lactato	130	4	155.5			273
Hemoce	145	5.1	145		50	
Expafusin	138	4	125	20		
Elo-hes 6%	154		154			308

Tabla 21

Estadios de las UPP. (Según AHCPR; Agency for Health Care Policy and Research: Agencia de Cuidados de la Salud de USA			
ESTADIO	SIGNOS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
ESTADIO 0	Preúlceras. Epidermis intacta, adherente y eritema que desaparece al aliviar la presión	Apósitos transparentes. Apósitos hidrocolooides. Apósitos de poliuretano	Prevención y protección de la zona enrojecida.
ESTADIO 1	Epidermis intacta y adherente. Posible existencia de edema y/o eritema que disminuirá si se presiona y que tiene más de 15 mm. De diámetro	Apósitos hidrocolooides. Apósitos. Hidrogeles Apósitos de espuma	Absorben los exudados. Ambiente húmedo.
ESTADIO 2	Equimosis cardinal en el tejido o en una ampolla o coloración oscura debajo de la piel de más de 5mm de diámetro.	Apósitos hidrocolooides. Pasta o gránulos hidrocolooides. Hidrogeles	Permiten rellenar la cavidad absorbiendo mejor el exudado
ESTADIO 3	Úlceras superficiales abiertas, posibles lesiones en la dermis e hipodermis, pero coloraciones oscuras de más de 5 mm de diámetro.	Desbridamiento quirúrgico. Enzimas estreptoquinasa y estreptodornasa. Dextranómero. Yodocadexómetro Apósitos hidrocolooides.	Activan la fibrinolisis. Eliminan los exudados y las bacterias por acción capilar.
ESTADIO 4	Úlcera por presión profunda y con exposición de vísceras, hueso o tendón.	Cirugía Dextranómero Yodocadexómetro	Curas cada 24 horas.

Tabla 22

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP: ESCALA DE BRADEN			
Percepción Sensorial	Completamente limitada	1	
	Muy limitada	2	
	Ligeramente limitada	3	
	Sin limitaciones	4	
Exposición a la humedad	Constantemente húmeda	1	
	A menudo húmeda	2	
	Ocasionalmente húmeda	3	
	Raramente húmeda	4	
Actividad	Encamado/a	1	
	En silla	2	
	Deambula ocasionalmente	3	
	Deambula frecuentemente	4	
Movilidad	Completamente inmóvil	1	
	Muy limitada	2	
	Ligeramente limitada	3	
	Sin limitaciones	4	
Nutrición	Muy pobre	1	
	Probablemente inadecuada	2	
	Adecuada	3	
	Excelente	4	
Roce y peligro de lesiones Cutáneas	Problema	1	
	Problema potencial	2	
	No existe problema aparente	3	

Tabla 23

PREVENCIÓN DE UPP

A. General:

Plan de cuidados individualizados, tras valoración

No soportar presión sobre zonas de riesgo o úlcera ya ins-taurada

B. Cambios posturales. (Control de la presión).

- Decúbito supino o dorsal.
- Decúbito lateral derecho e izquierdo D-I (30°).
- Decúbito prono.
- Sedestación

C. Otros medios materiales

- Colchón hinchable alternante.
- Colchón de látex modular.
- Cojines.
- Almohadillados; Codos, maléolos, tobillos.
- Apósitos protectores (Comfeel ®, Varihesive ®).
- Soporte textil antidecubito (Mullipel ®).

D. Control de la incontinencia. Extremar medidas higiéni-cas; cambio de sábanas cuando se necesite.

E. Lavado del paciente; jabones neutros, secado por empa-pamiento (no fricción).

F. Diabetes : Glucemia digital cada 6 horas.

G. No utilizar antisépticos pues destruyen la flora saprofita de la piel.

H. Cuidados de la piel (limpia y seca).

I. Control del estado nutricional. Dieta hiperproteica.

J. Analítica sanguínea; urea, creatinina, prealbúmina, proteinograma, etc.

K. Fisioterapia y masajes.

- Movilización pasiva; 2 veces / día.
- Con productos hidratantes.
- Amasamiento, despegue y rozamiento.
- Evitar postura viciosas.

L. Aspectos psicológicos.

- Educación del paciente.
- Necesidad de colaboración.
- Continua información.
- Participación.
- Información a la familia.

M. Fármacos: Corpitol ®.

Tabla 24

TRATAMIENTO DE LAS UPP

- Contemplar al paciente como un ser integral.
- Hacer énfasis en las medidas de prevención.
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familia.
- Desarrollar guías de práctica clínica sobre UPP; en la atención primaria, especializada y socio-sanitaria.
- Aplicar en la práctica asistencial la evidencia científica.
- Tomar decisiones basadas en la dimensión coste/beneficio.

El objetivo de un tratamiento local es aportar un medio óptimo de cicatrización.

- Las UPP cicatrizan mejor cuando están limpias, eliminando el tejido necrótico.
- Las soluciones de H₂O₂ y soluciones Yodadas no son adecuadas para irrigar UPP pues son tóxicas para las células de crecimiento. La povidona yodada retrasa la cicatrización, puede producir dermatitis de contacto y se absorbe a través de la piel y mucosas provocando efectos sistémicos. Para UPP "sucias" sí está indicado.
- Hay que vigilar las cicatrizaciones "falsas" o superficiales que forman abscesos.

Cura Húmeda

Es la cicatrización de una lesión en unas condiciones determinadas de humedad y temperatura establecida por el material que hace las veces de interfase entre la lesión y el medio ambiente exterior. Hay varios estudios que muestran el beneficio de un medio húmedo oclusivo en este tipo de lesiones:

- Favorece el desbridamiento.
- Activa los mecanismos de defensa del organismo.
- Estimula la angiogénesis.
- Estimula la granulación.
- Promueve la epitelización.

Se realiza mediante un apósito hidrocoloide creando una barrera contra la infección y adaptándose a los relieves cutáneos, son autoadhesivos.

Estadio I.

Comfell Plus Transparente ®; Varihesive extrafino ®. Crean una segunda piel. También se utiliza en el último período de cicatrización de la úlcera cuando hay poco exudado.

Estadio II, III, IV.

Comfell Plus Extra Absorbente ®; Varihesive hidroactivo ®. Úlceras muy exudativas.

Tratamiento húmedo:

- 1) Limpieza de la úlcera. Suero fisiológico y secado por empapamiento con gasa estéril.
- 2) Elección del apósito. Tamaño que cubra la herida y sobresalga 3 cm.
- 3) Aplicación del apósito. Primero parte central. Después bordes.
- 4) Valoración del apósito. Evolución. La interacción entre el exudado de la herida y los hidrocoloides de la cara interna del apósito desencadena la formación de un gel; burbuja amarillenta.

5) El apósito se cambia cuando el gel sobrepasa el diámetro de la herida.

Cura Seca:

- Método de desbridamiento tradicional.
- Se deja un apósito humedecido sobre la úlcera y se deja secar, adherida al tejido necrótico.
- Desventajas; método doloroso, se arranca también tejido sano al quitar la gasa con el tejido necrosado, etc.

Tabla 25

INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS EN LAS UPP

A. PREVALENCIA

Número de pacientes con UPP en el momento en que se hace el estudio / Población estudiada en la fecha en que se hace el estudio.

Es un indicador fácil de elaborar, aunque solo aporta una imagen estática del problema de las UPP, por lo que ésta puede verse influida por una gran cantidad de factores temporales que pueden afectar la calidad de la información.

B. INCIDENCIA

Número de pacientes inicialmente libres de UPP que han desarrollado al menos una UPP durante el período de estudio / Total acumulado de población durante el período de estudio.

Indicador de más difícil cálculo. Permite ver de manera dinámica en el tiempo el problema de las UPP en una determinada institución.

C. OTRAS INFORMACIONES EPIDEMIOLOGICAS

- Edad y sexo.
- Número de lesiones por paciente, localización, estadio y antigüedad de las mismas.
- Origen de las lesiones. Misma institución o diferente.
- Dimensiones de las lesiones.
- Largo y ancho de la lesión (en los puntos de mayor valor)
- Superficie. En lesiones de forma esférica. Fórmula: Largo x ancho x 0.785 (fórmula de la superficie de una esfera).

Tabla 26

SEVERIDAD DE LAS LESIONES POR UPP. ÍNDICE DE SEVERIDAD DE BRADEN.

IS= (longitud + anchura/ 2) x estadio de la lesión

El índice de severidad se puede presentar de diferentes maneras; por presión, por paciente (sumatorio de los IS de las lesiones), etc.

Tabla 27

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ÚLCERAS ARTERIALES Y VENOSAS		
	VENOSAS	ARTERIALES
ASPECTO	Bordes delimitados excavados Fondo granulomatoso Sangrantes	Bordes planos Fondo atrófico No suelen sangrar
LOCALIZACIÓN	Región lateral izquierda 1/3 inferior de la pierna	Sobre prominencias óseas Cabezas metatarsianas Dedos
ETIOLOGÍA	Insuficiencia venosa primaria o secundaria	Arteriosclerosis, HTA, tabaquismo, diabetes
PULSOS DISTALES	Conservados, normales	Ausentes o débiles
CLÍNICA	Moderadamente dolorosas Se alivian en decúbito	Dolor importante que aumenta con el decúbito
OTROS SIGNOS	Edema en la pierna Piel enrojecida, eczematosa Dermatitis ocre Calor local Varicosidades Prurito	Piel delgada seca atrófica Brillante Blanquecina Descenso de la temperatura Uñas engrosadas

Tabla 28

PARÁMETROS VENTILACIÓN MECÁNICA

- FIO₂: Fracción inspirada de oxígeno. Concentración de oxígeno.
- V.T. (Volumen tidal): volumen inspirado / una inspiración. 10-15 ml / Kg de peso.
- F.R.: 12 - 16 resp / min.
- V.M. (Volumen minuto): V.T. x F.R.: 7 - 8 litros / minuto.
- Relación I/E: Tiempo inspiratorio y espiratorio. 1:2, 1:3.
- Presión en vías: presión a la que es insuflado el aire. 15 - 20 cm de H₂O.
- Suspiro: hiperinsuflación periódica. VT x 2. Se administra cada 5 -10 minutos. Para mantener los alvéolos abiertos.
- Tigger: sensibilidad de disparo. Para que el paciente pueda realizar respiraciones espontáneas.
- Velocidad de flujo.
- Humedad y temperatura.

Tabla 29

MODALIDADES RESPIRATORIAS

* V.M.C. (I.P.P.V.) <i>Ventilación controlada</i> . Se suministra un volumen corriente, respiraciones y relación I/E prefijadas.
* V.M.C.+ S. <i>Ventilación controlada + Suspiro</i> . Cada 100 respiraciones se produce una a doble volumen.
* A.C.V. <i>Ventilación asistida controlada</i> . El paciente puede iniciar un ciclo mandatorio.
* I.M.V. <i>Ventilación mandataria intermitente</i> . Intercala respiraciones espontáneas con mandatorias.
* S-I.M.V. <i>Ventilación mandataria intermitente controlada</i> . Se reducen gradualmente las respiraciones mandatorias. Destete.
* PEEP. <i>Presión positiva al final de la espiración</i> . 5-10-15 cm de agua. Mantiene los alvéolos distendidos.
* CPAP. <i>Presión positiva durante la respiración espontánea</i> .
* V.M.D. <i>Ventilación mecánica diferencial</i> . Separa físicamente la ventilación de cada pulmón.
* P-IRV. <i>Ventilación con relación invertida</i> . El tiempo inspiratorio excede al tiempo espiratorio.
* APRV. <i>Ventilación con liberación de presión</i> . Con CPAP que se libera durante la espiración.
* PS. <i>Ventilación con soporte de presión</i> . Respiraciones espontáneas asistidas de una presión etc. durante la inspiración.
* VMM. <i>Ventilación mandataria minuto</i> . Suministra un volumen minuto prefijado.
* VAP. <i>Ventilación asistida proporcional</i> . Cambia la presión de la vía aérea en relación al volumen inspirado u/o flujo inspiratorio.
* MRV. <i>Ventilación minuto frecuencia</i> . Ajusta automáticamente su nivel de presión de soporte conforme a la frecuencia respiratoria del paciente.
* RE. <i>Respiración espontánea</i> . El paciente respira una mezcla de gases del respirador pero no se suministra ningún volumen mandatorio.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Aguilera L, Ruiz LE, et al. *Sedación del paciente con ventilación mecánica. Sedación del paciente con ventilación mecánica. Actualizaciones en anestesiología y reanimación. 1991;1;78-81.*
- (2) American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). *Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC, Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. An international consensus on science. Resuscitation 2000;46;1-447.*
- (3) American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). *Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care – An international consensus on science. Circulation 2000;102(Supl 1);1-384.*
- (4) Andreoli TE. *Cecil Medicina Interna. 5ª edición. Saunders. Elsevier España. 2003.*
- (5) Barriales, V, Velasco L, et al. *Incidencia real de fibrinólisis en el IAM en una UCI Comarcal. Rev. Clínica Española. 1990;186;98 - 98.*
- (6) Bartlett RN. *Manual Michigan de Medicina Intensiva. Masson SA. 1999;6-7.*
- (7) Brunner LS, Suddarth. *Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. McGraw-Hill- Interamericana. 2002.*
- (8) Cabades O. *Guía del enfermo coronario. Generalidad Valenciana, Conselleria de Sanidad y Consumo.*
- (9) Carmona Simarro JV, Barberá Soriano C. *Cirugía Cardíaca y Enfermería en la UVI del Hospital de la Ribera; Actuación y Proceso. Guía. Alzira, Valencia, España.2000.*
- (10) Carmona Simarro JV, Barberá Soriano C. *Reposición Volumétrica y Electrolítica en el Postoperatorio Inmediato de Cirugía Cardíaca. Comunicación Póster. VII Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. Sagunto, Valencia, España.2000.*
- (11) Carmona Simarro JV, Gallego López JM. www.uninet.edu/cimc99/fulltext/00144CS.htm. 1º Congreso Internacional de Medicina Crítica en Internet. 1/12/1999.
- (12) Carmona Simarro JV. *Enfermería extrahospitalaria: monitorización electrocardiográfica. Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor. 2000;8;5-10.*
- (13) Carmona Simarro JV. *Alteraciones en los resultados de las gasometrías arteriales por el manejo incorrecto de las muestras a procesar; Una tarea de enfermería. Consideraciones. Enfermería Integral.1996;40;30-26.*

- (14) Cerdá Vila M, De la Torre Arteché FJ. *Conceptos básicos en Resucitación Cardiopulmonar. Manual de Soporte Vital Avanzado.* En: Ruano M. Ed: Masson. 3ª Ed. Barcelona 2003;1-12.
- (15) Champney B, Smiddy FG. *Síntomas, signos y síndromes.* Ediciones Doyma. 1987.
- (16) Charlene Winters. *Control sobre los pacientes sometidos a ventilación mecánica para evitar complicaciones.* Nursing. 1989;46-49.
- (17) Cooper A, Doig G, et al. *Pulmonary Artery Catheters in the critically ill.* Critical Care Clinics. 1996;4:777-794.
- (18) Coronel Carvajal C. *Vía Intraósea en pediatría.* Rev Cubana Pediatrív 2003;3;75.
- (19) Díaz Torrijos MJ, Jiménez Maroto AM. *Inserción de una vía intravenosa periférica e instauración de un sistema de perfusión intravenosa.* Metas. 2001:4.
- (20) Dubin D. *Electrocardiografía práctica.* Mc.Geaw-Hill. Madrid. 1987.
- (21) Ercorea Goicoechea L, et al. *Farmacología clínica de las drogas anti-trombóticas III.* Farmacia Clínica. 1986;4;26 - 36.
- (22) Gallego JM, Carmona JV et al. *Monitorización y Vigilancia en el paciente crítico.* En: Cuidados Críticos. Gallego JM, Soliveres J. C, Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. 2003.
- (23) Gallego López JM, Carmona Simarro JV et al. *Monitorización y vigilancia en el paciente crítico.* Enfermería Integral. 1999;49;12-19.
- (24) Gallego López JM, Carmona Simarro JV. *Balón de contrapulsación intra-aórtico (BCIA): Conceptos y cuidados de Enfermería.* Rev Enferm Cardiol. 2003;28;35-39.
- (25) Iglesias Santomé JA, Rodriguea Ozores JA. *Web del CIMC99. Congreso Internacional de Medicina Crítica en Internet, Póster; Fijación de Tubo orotraqueal, Arnés inmovilizador "ANGEL2".* 1999 [En línea] < [http: www. unitet.edu.cimc99/fulltext/00143JI/00143JI.htm](http://www.unitet.edu.cimc99/fulltext/00143JI/00143JI.htm)>. [Consulta. 22/02/2000].
- (26) Jover C, Sola N. *programa de calidad de Enfermería en Intensivos. Evolución y experiencia.* Rev. Calidad Asistencial. 1996;11;80 - 90.
- (27) Levy, M. *Pulmonary Capillary Pressure and Tissue Perfusion. Clinical implications during resuscitation from shock.* New Horizons. 1996;4;504:518.
- (28) Lewis SM. *Enfermería Médico Quirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos.* Elsevier. 2004.
- (29) López Sendon J, López de Sa. Et al. *Efectividad de los diferentes fármacos trombolíticos en el tratamiento del IAM.* Rev. España. Cardiología. 1995;48;407 - 439.

- (30) Lozano Quintana MJ, et al. *Enfermería en UCIs. Enfermería Intensiva*. 1994;5;9 - 16.
- (31) Lumb Phd. *Sedative and muscle relaxants in the intensive care unit. Critical care state of the art*. 1989;10; 145-185.
- (32) Marin Fernández B. *Prioridades en la Investigación de Enfermería en las UCIs. Enfermería Intensiva*. 1994;5;23 - 27.
- (33) Marin Fernández B, Gallego Caminero G, et al. *Análisis bibliométrico de la producción científica de la Enfermería de cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva*. 1994;5;166 - 173.
- (34) Marsha A, Boltz RN . *Guía de enfermería para identificar los ritmos cardíacos. Nursing*. 1994;12;25-27.
- (35) Martín Serrano F, Cobo Castellano P, et al. *Guía práctica de cuidados Intensivos. Postoperatorio de la cirugía cardíaca. Dto. de Cuidados Intensivos de Hospital 12 de Octubre de Madrid*. 1998; 229-239.
- (36) Martín Vivó G, Mateo Marín E. *catéteres venosos de acceso periférico. ROL de Enfermería*. 1997;229.
- (37) Martino R et al. *la vía intraósea en las situaciones de urgencia vital en niños. Md. Intens* 1995;19;15-19.
- (38) Masson. *Diccionario Médico*. Ed. Masson SA. 4ª Edición. 1998.
- (39) Meduri GU. *Non.invasive positive pressure ventilation via face mask: First line intervention in patients with acute hypercapnic and hypoxemic respiratory failure. Chest*. 1996; 109;179-193.
- (40) Muñiz G, Bueno F, et al. *Traumatismo Craneoencefálico (TCE) en UCI. Epidemiología y característica clínicas. 1º Congreso Internacional de Medicina Crítica. Del 1 de Noviembre al 15 d Diciembre. CIMC99. 14/07/01*.
- (41) Orgiler Uganda PE, Navarro Arnedo et al. *La vía intravenosa. Cuando las venas han desaparecido. Enferm Intensiva* 2001;1;31-40.
- (42) Pamela L. Swearingen. *Manual de Enfermería M-Q. 3º Edición Harcourt Brace*.
- (43) Papadakos, P; Vender, J. *Training Requirements for Pulmonary Artery Catheter utilization in Adults Patients. New Horizons*. 1997;3;287:291.
- (44) Paramo JA, Fernandez FJ et al *Estreptoquinasa, Urocinasa y Apsac en el tratamiento del IAM. Rev. Iberoamericana de trombosis y hemostasia*. 1989;2;73 - 81.
- (45) Peiró Andrés, A. *La Angioplastia Coronaria (ACTP) en el tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio. Enfermería Integral*. 1997;10-15.
- (46) Pennock BE, Crawshawl et al. *Noninvasive nasal ventilation for acute respiratory failure: Institution of a new therapeutic technology for routine use. Chest*. 1994;105;441-444.

- (47) Proehl JA. *Enfermería en urgencias. Técnicas y procedimientos*. 3ª ed. Elsevier. 2005.
- (48) Rabadan, MA. *Antes y después del Infarto*. Sociedad Española de Cardiología y Fundación Hispana de Cardiología.
- (49) Robert Taylor. *Controversies en Pulmonary Artery Catetherization*. *New Horizons*.1997;3:173:173.
- (50) Rozman C. *Medicina Interna Farreras/Rozman*. 14ª Edición. 2000.
- (51) Ruano M. Tormo C. et al. *Manual para la Enseñanza de Monitores en Resucitación Cardiopulmonar Básica*. Masson. 2ª edición. 2004.
- (52) Sanchez Soria M, Morales Garcia C, et al *Cargas asistenciales para enfermería del IAM*. *Enfermería Intensiva*. 1994;5;17 - 22.
- (53) Seldibger SL. *Catheter replacement of the needle in parcutaneous arteriography*. *Acta radiológica* 1953;39:358.
- (54) SEMES. *Recomendaciones en resucitacion cardiopulmonar avanzada*. Grupo de trabajo de reanimación cardiopulmonar avanzada. Edicomplet 1999.
- (55) Swan HJC, Forrester WJ, et al. *Catheterizacion of the heart of man with a flow-directed ballon-tipped catheter*. *N Engl J Med* 1970;283;447.
- (56) Swan, HJ. *The Pulmonary Artery Catheter*. *Dis. Mon*. 1991;37;473-543.
- (57) Swearingen PL. *Manual de Enfermería Médico Quirúrgica*. 4º edición. Elsevier España. 2000.
- (58) Torné Pérez E. E mail: ectorrep@arrakis.es. *Cirugía cardiaca*. Página WWW (<http://www.arrakis.es/ectorrep/cirugia.htm>). 1-7-2000.
- (59) UNINET. *Traumatismo Craneoencefálico*. *Tratamiento del TCE en Cuidados Intensivos*. [www.Uninet.com]. 14/07/01.
- (60) Varela Simó G, Jiménez López MF. *Cuidados Respiratorios Pre y Postoperatorios*. En: *Cirugía torácica*. Ed. Jarpyo Editores. Madrid.1996; 7-13.
- (61) Vera García R. Gallego López JM. *Ventilación mecánica*. *Enfermería Integral*. 1999;8-17.
- (62) Working Group on Advanced Life Support: American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC): International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). *Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC)*. *Resuscitation*. 2000;46;3-15.
- (63) Wyper MA, Walsh, E. *El paciente con alteraciones Cardiovasculares*. En: BC Long; W.Y. Phipps, *Enfermería Medico Quirúrgica*, 2ª Edición. Madrid. De. Interamericana. Mc Graw-Hill. 1992;1;834 - 839.

FIGURAS



Figura
1



Figura
2



Figura
3



Figura
4



Figura
5



Figura
6



Figura
7

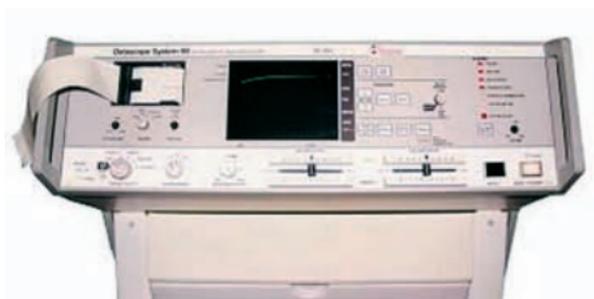


Figura
8

Figura
9



Figura
10



Figura
11

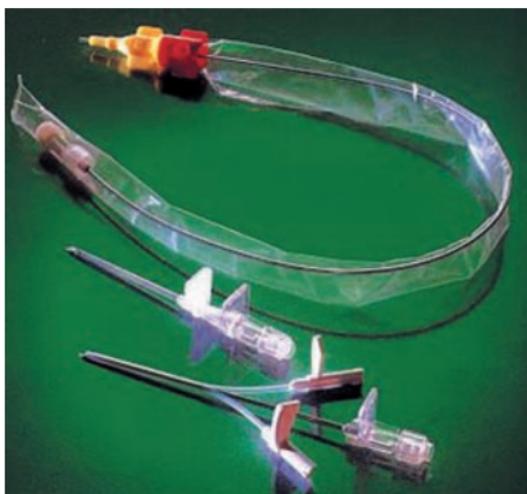


Figura
12

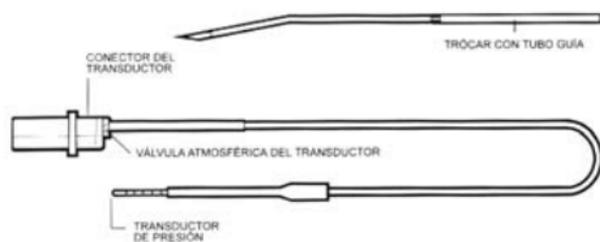


Figura 13

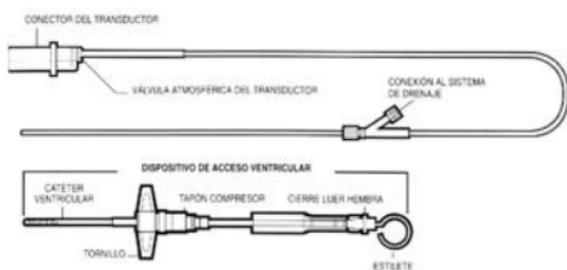


Figura 14

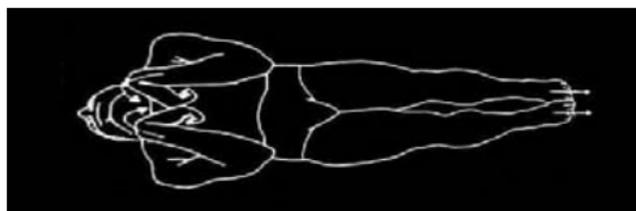


Figura 15

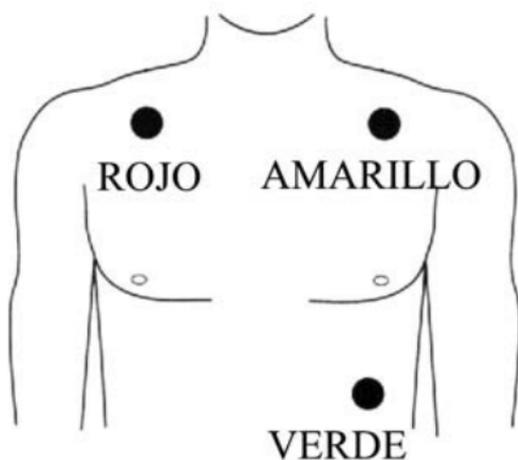


Figura 16

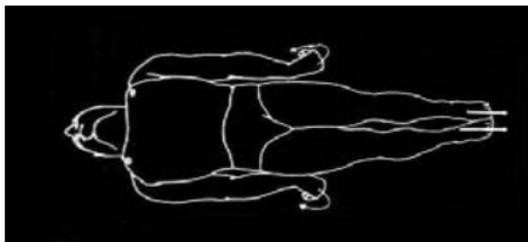


Figura
17



Figura
18



Figura
19

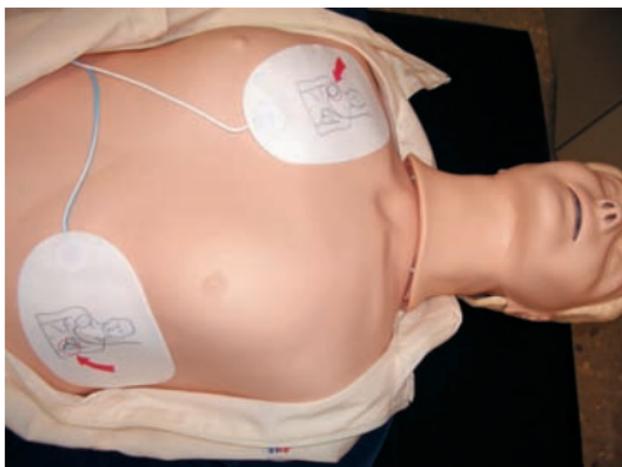


Figura
20



Figura
21

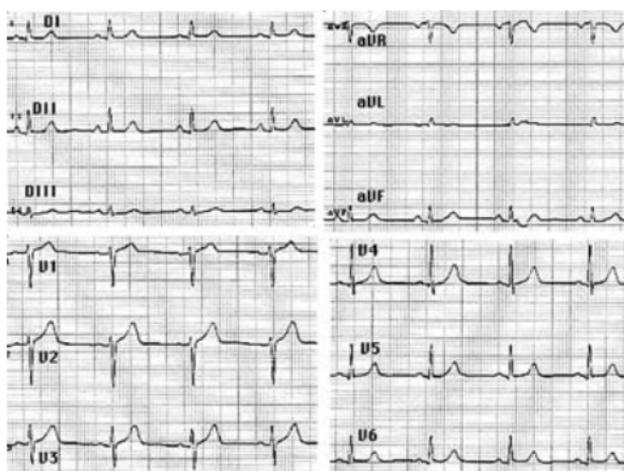


Figura
22



Figura
23

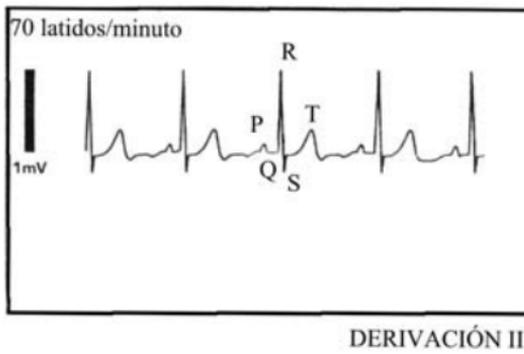


Figura
24



Figura
25



Figura
26



Figura
27

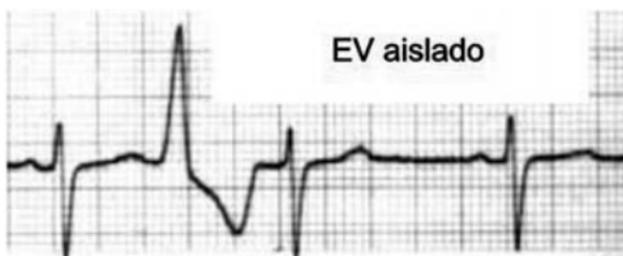


Figura
28

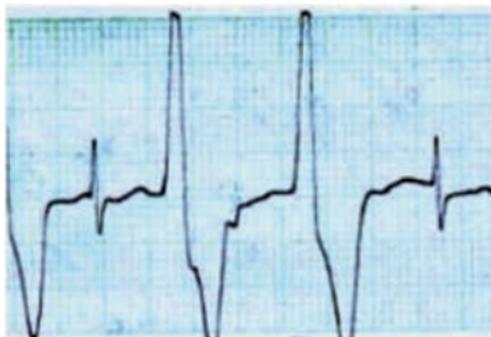


Figura
29

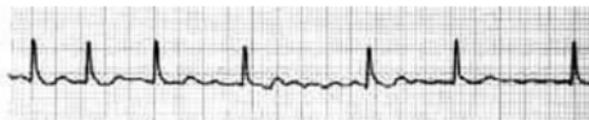


Figura
30



Figura
31

Figura
32



Figura
33



Figura
34



Figura
36

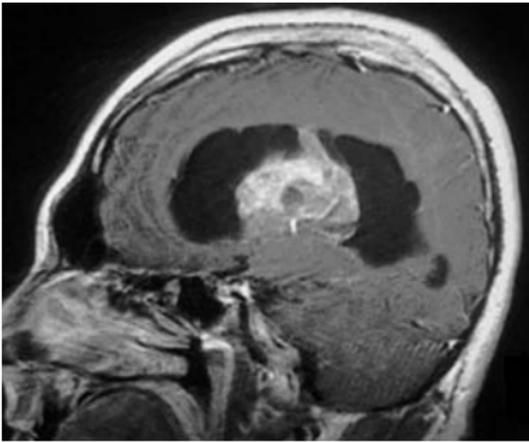


Figura
37



Figura
38

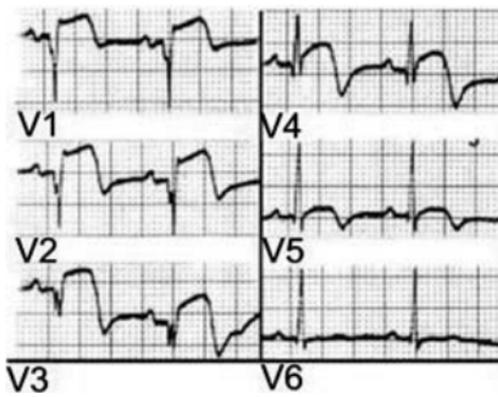


Figura
39



Figura
40



Figura
41



Figura
42



Figura
43



Figura
44



Figura
45



Figura
46



Figura
47



Figura
48



Figura
49



Figura
50



Figura
51



Figura
52

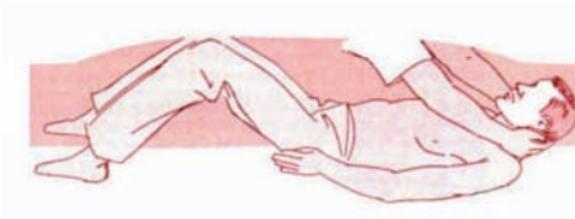


Figura
53

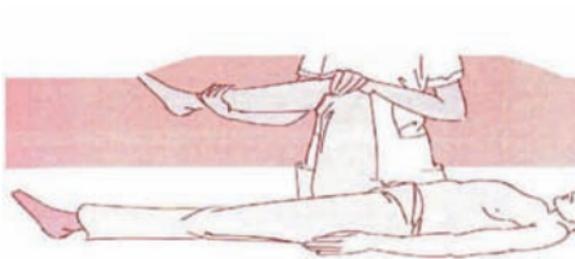


Figura
54

Figura
55

Figura
56

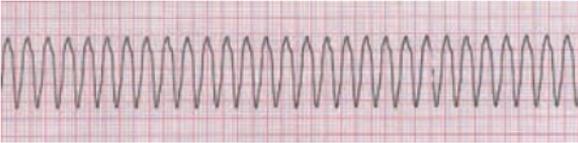


Figura
57



Figura
58



Figura
59

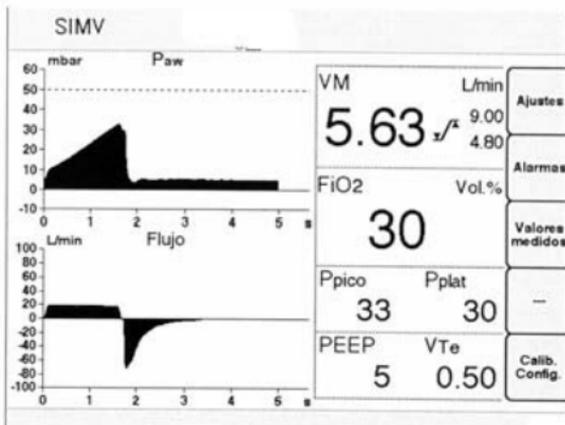


Figura 60

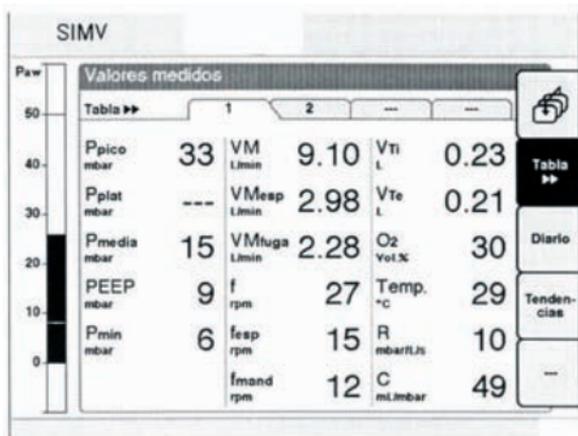


Figura 61