



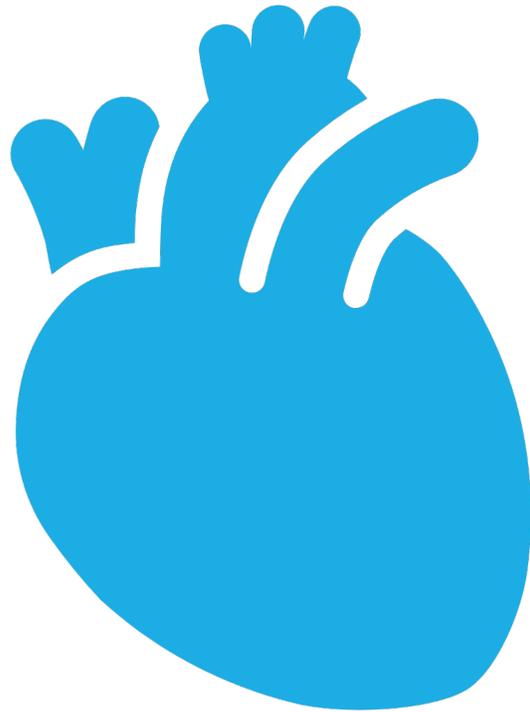
www.academia-adn.es

@academia_adn.es

13: PRINCIPIOS ANATOMOFISIOLÓGICOS DEL APARATO CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO. CONSTANTES VITALES: CONCEPTO. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES. GRÁFICAS Y BALANCE HÍDRICO

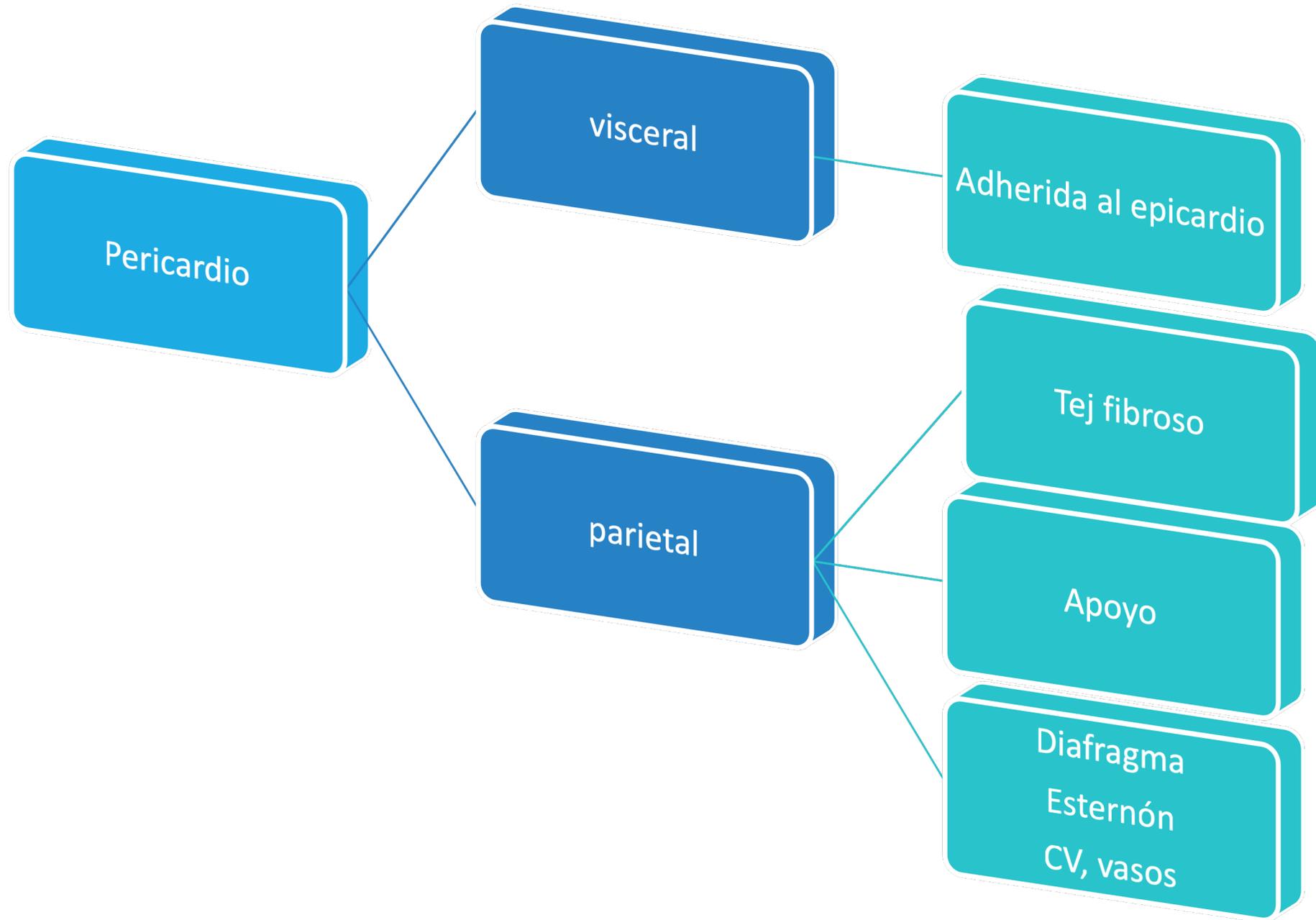
Eduardo J. Galiano Monteserín.





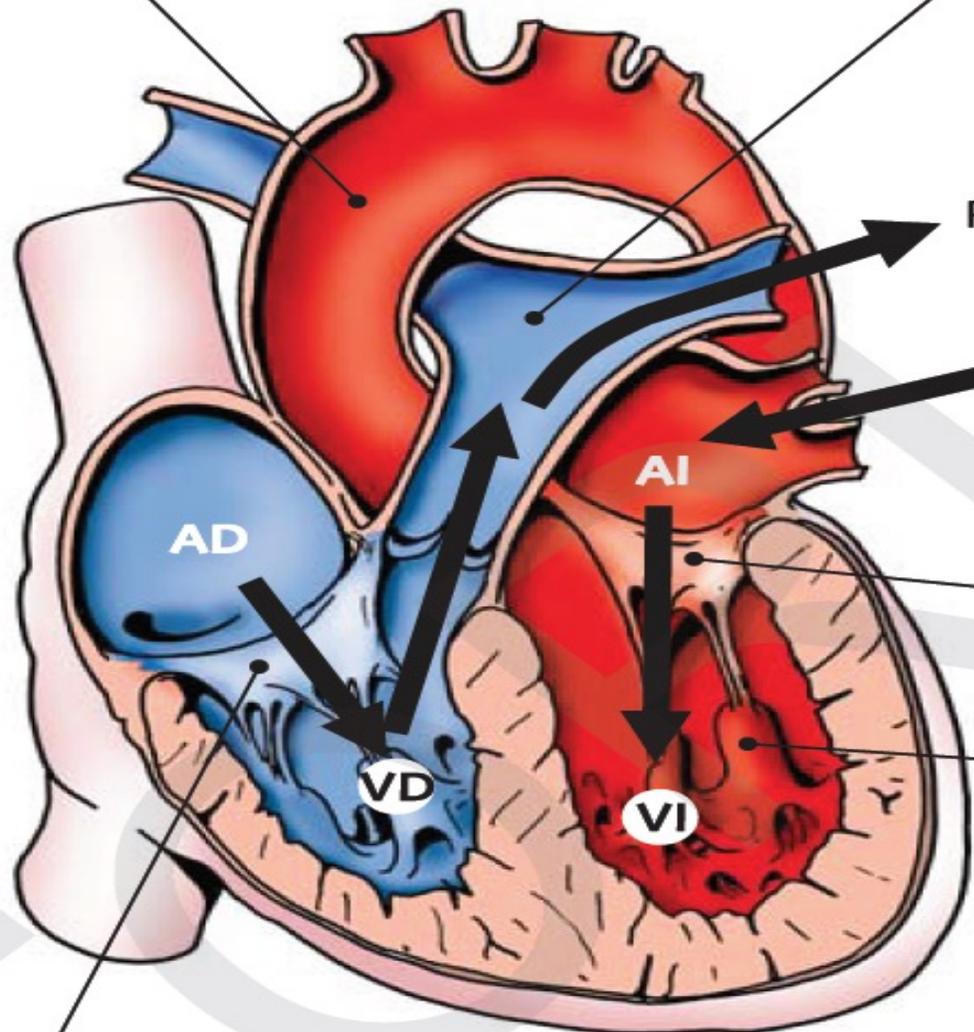
I: RESEÑA ANATOMO FISIOLÓGICA

CARDIOVASCULAR



Arteria aorta

Arteria pulmonar



Pulmón

Venas pulmonares

AI

Válvula mitral

Músculo papilar

VD

VI

Circulación de la sangre

Carótida primitiva izquierda

Subclavia izquierda

Tronco braquiocefálico

Cayado aórtico

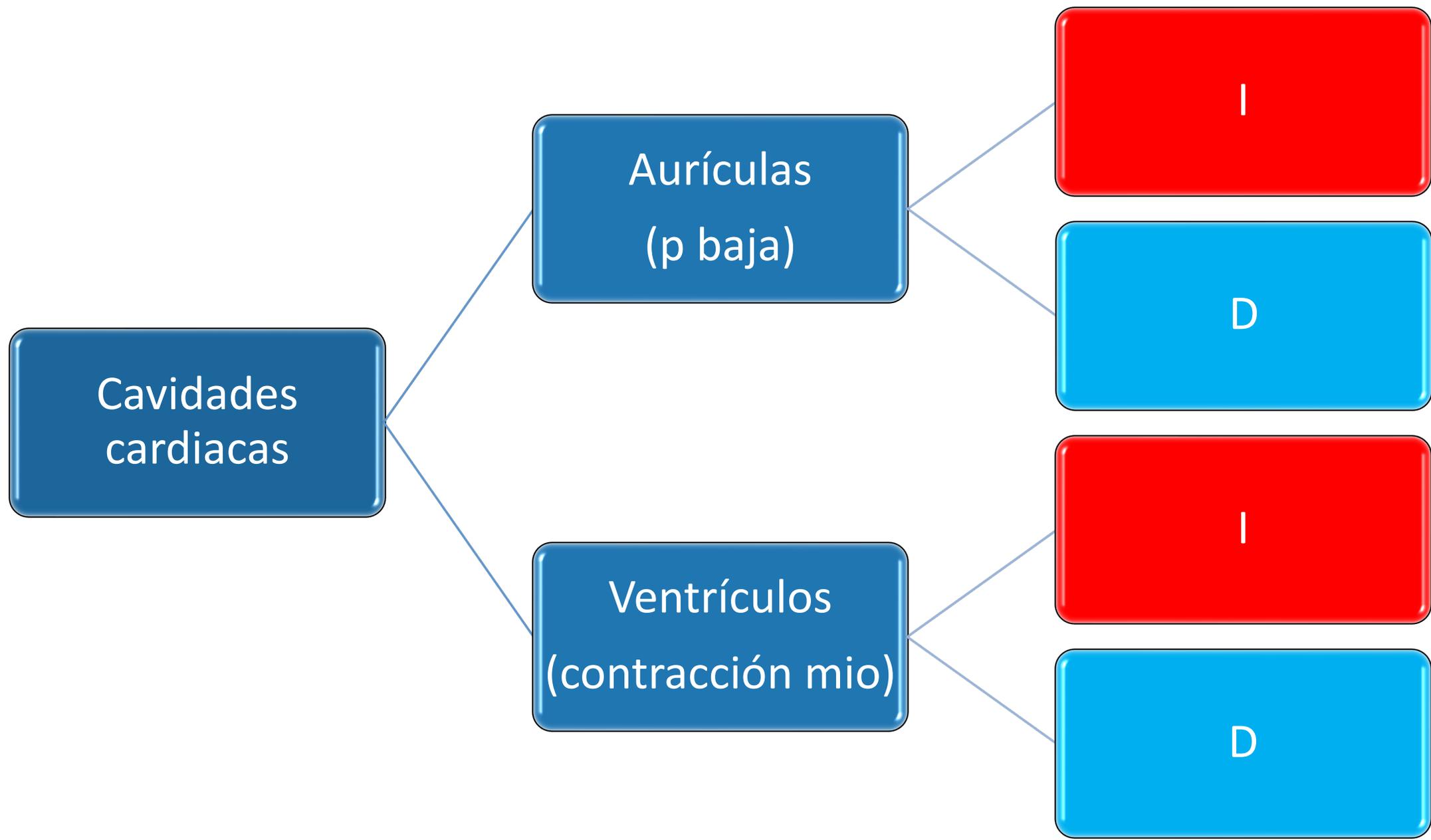
Aorta ascendente

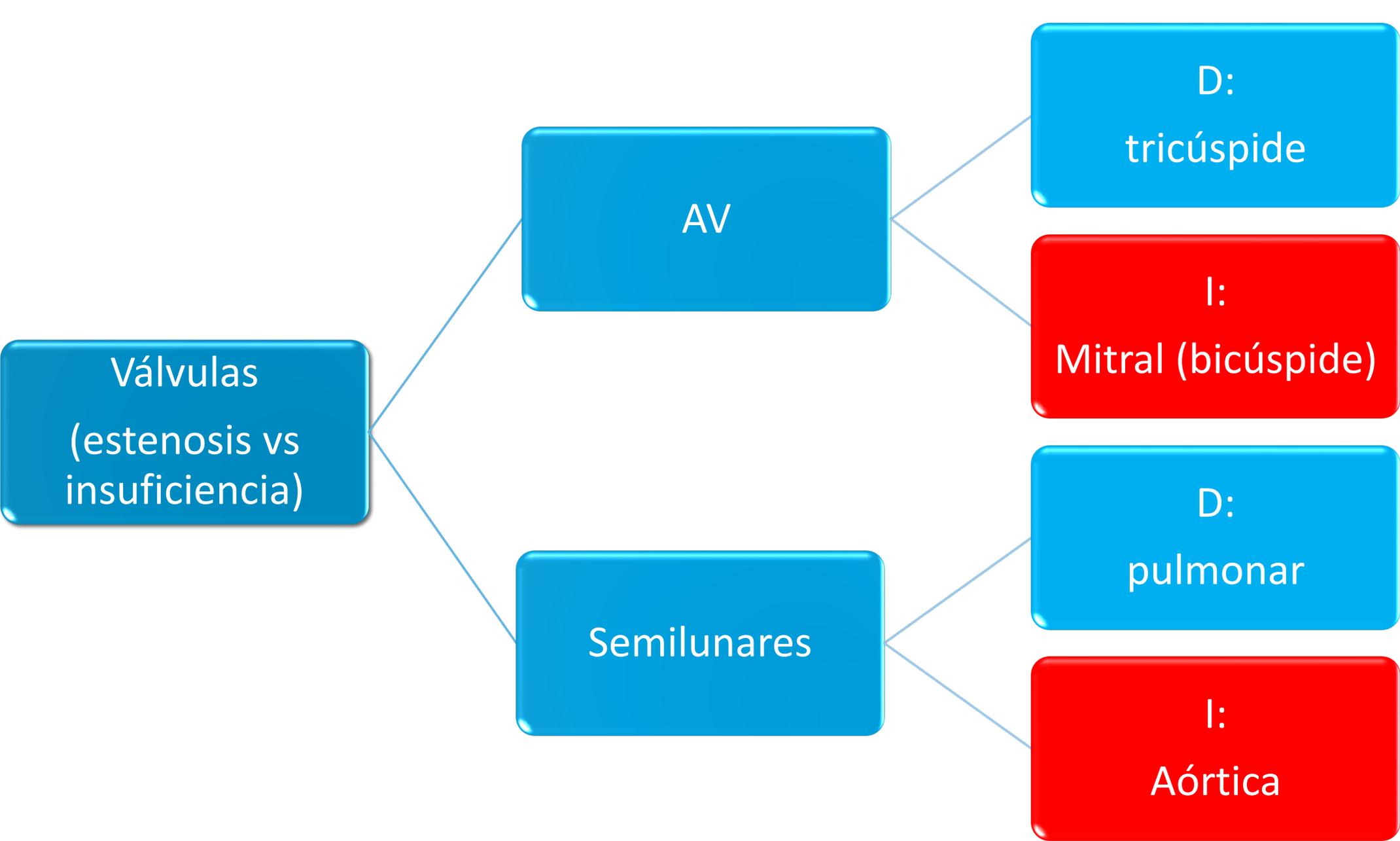
Aorta descendente

Base de la aorta

Wolter

Válvula tricúspide





EUSKADI 2018. P. 33:



El orificio aurículo-ventricular derecho está cerrado por la válvula:

- a. Sigmoidea
- b. Mitral
- c. Semilunar
- d. Tricúspide



1.1: FISIOLÓGÍA CARDÍACA

SISTEMA DE CONDUCCIÓN CARDIACA

NODO SINO- ARICULAR SINUSAL

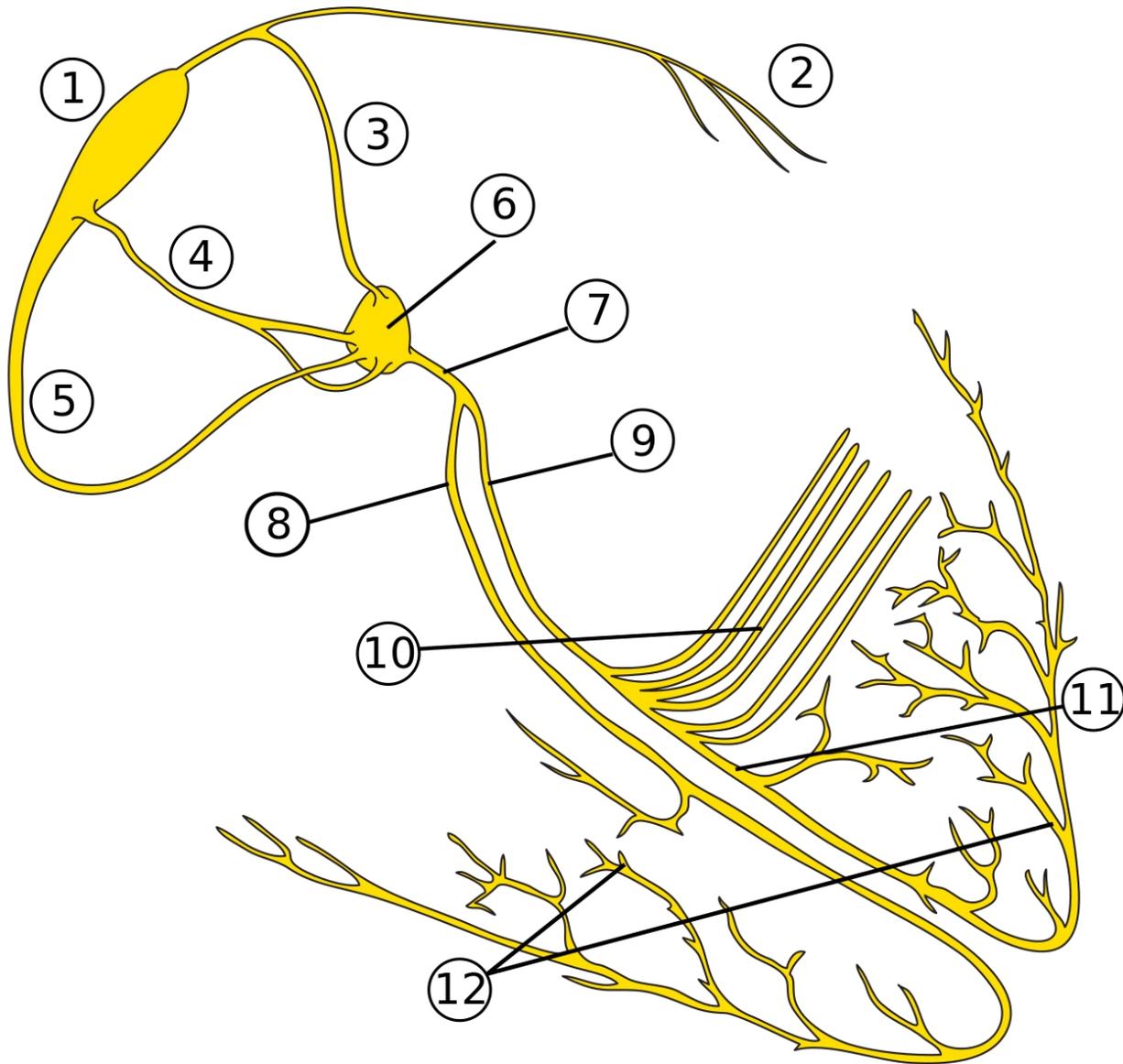
- Pared posterior AD
- FC: 60-100 lpm
- Transmisión del impulso a través de vías internodales
- Estimulación: produce contracción de las aurículas – Nodo AV

NODO AV

- Pared auricular derecha
- Coordinación de los estímulos eléctricos auriculares
- Función: enviar impulso a los ventrículos

HAZ DE HIS

- A través del tabique interventricular
- Rama derecha (VD), rama izquierda (VI), se bifurca en anterior y posterior
- Punto terminal: fibras de Purkinje (despolarización)



1. Nodo sinoauricular

2. Haz de Bachman

3. Vía internodal anterior

4. Vía internodal media

5. Vía internodal posterior

6. Nodo Auriculoventricular

7. Haz de His

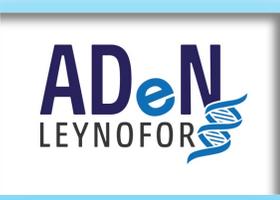
8. Rama Derecha

9. Rama Izquierda

10. Fascículo anterior izquierdo

11. Fascículo posterior izquierdo

12. Fibras de Purkinje



ECG normal

- 1.FC: nº complejos QRS en 30 cuadros grandes x 10. **V= 25 mm/s**
- 2.Ritmo: distancia entre los QRS. (intervalo R-R) (Rítmico o arrítmico)
- 3.Actividad auricular: onda P 
- 4.QRS ancho: origen ventricular. QRS estrecho: supraventricular
- 5.Relación entre aurícula y ventrículo: siempre onda P antes de QRS

VOLTAJE = mV

10 mm = 1 mV

0,1 mV

R-R

R

R

J: repolarización percoz (Sin repercusión clínica)

P

T

Q-T

Q

S

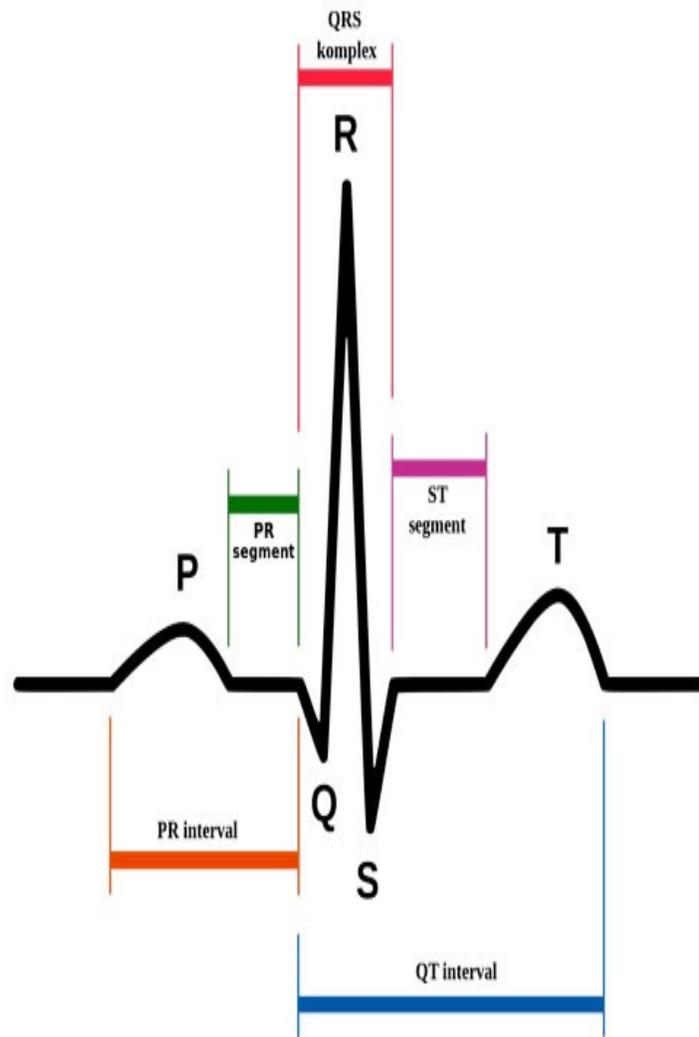
P-R

S-T

1 mm = 0,04 seg

5 mm = 0,2 seg

TIEMPO = seg



Onda P: despolarización (**contracción**) auricular

Intervalo PR: tiempo de conducción Auriculoventricular

Complejo QRS: despolarización ventricular

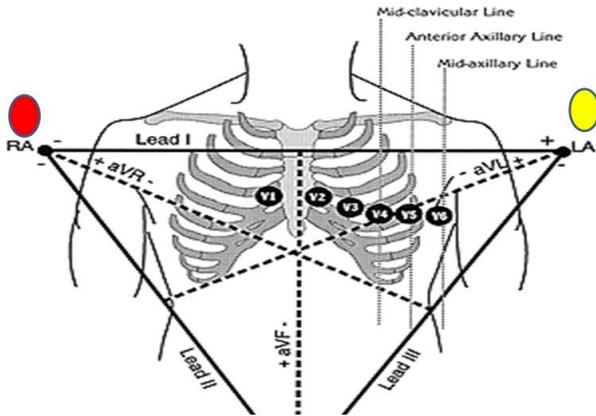
Onda T: repolarización ventricular

Intervalo QT: tiempo de actividad ventricular (despo+repo)

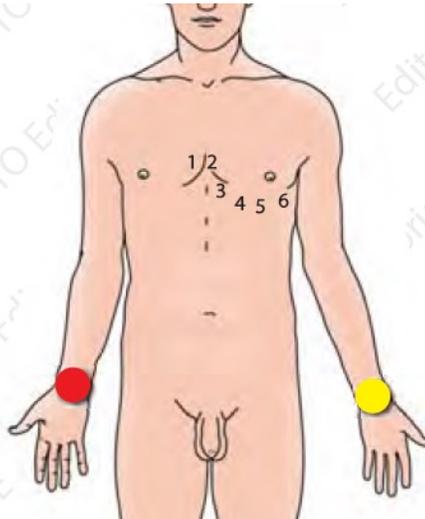
Segmento ST: 1ª parte repolarización ventricular

Onda U: repolarización de las fibras de Purkinje. Puede estar presente en sujetos con hipocalcemia, HTA o cardiopatía isquémica

Triángulo de Einthoven



- | | |
|---------------------------------------|------------------------|
| ■ | M. I. IZQD. - Amarillo |
| ■ | M. I. DCHO. - Negro |
| ■ | M. I. IZQD. - Verde |
- V1 - 4.º espacio intercostal, borde dcho. del esternón
 - V2 - 4.º espacio intercostal, borde izqd. del esternón
 - V3 - entre V2 y V4
 - V4 - 5.º espacio intercostal, línea media claviclar izquierda
 - V5 - 5.º espacio intercostal, línea anterior axilar
 - V6 - 5.º espacio intercostal, línea media axilar



Derivaciones

Bipolares: Forman el triángulo de Einthoven

- I, II, III

Monopolares: miden la diferencia de potencial respecto al triángulo de Einthoven

- aVR (MSD), aVL (MSI), aVF (MII)

Precordiales: monopolares

- V1 – V6

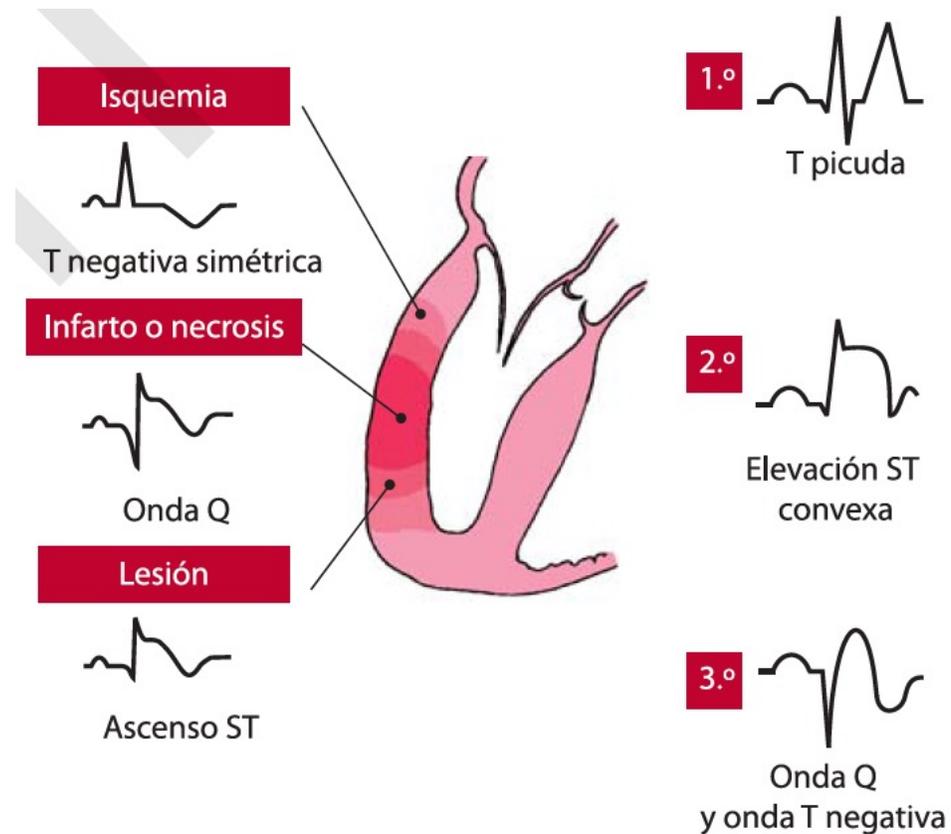
Grado de lesión

Isquemia: T picuda

Lesión: ST elevado / descendido

Necrosis: onda Q

“Tisquemia”
“LeSTión”
“NeQrosis”



VALENCIA 2018. P. 48:



El ritmo del latido cardiaco se debe al sistema de conducción intrínseca del corazón. El latido se origina en el:

- a. Nodo sinoauricular (SA)
- b. Nodo auriculoventricular (AV)
- c. Fascículo auroculoventricular
- d. Haz de his

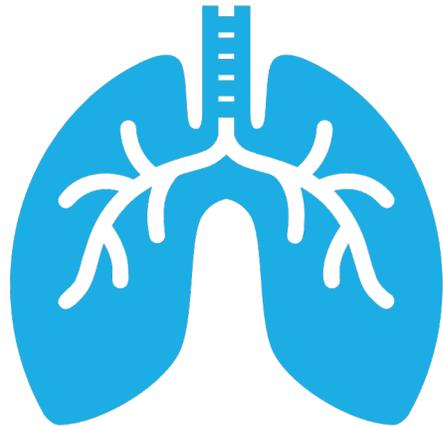
ADeN
LEYNFOR 

ΓΕΛΜΟΓΟΡ
MADA 

NAVARRA 2020. P. 84:

Al colaborar en la realización de un Electrocardiograma, deberemos saber que al miembro superior izquierdo le corresponde el color:

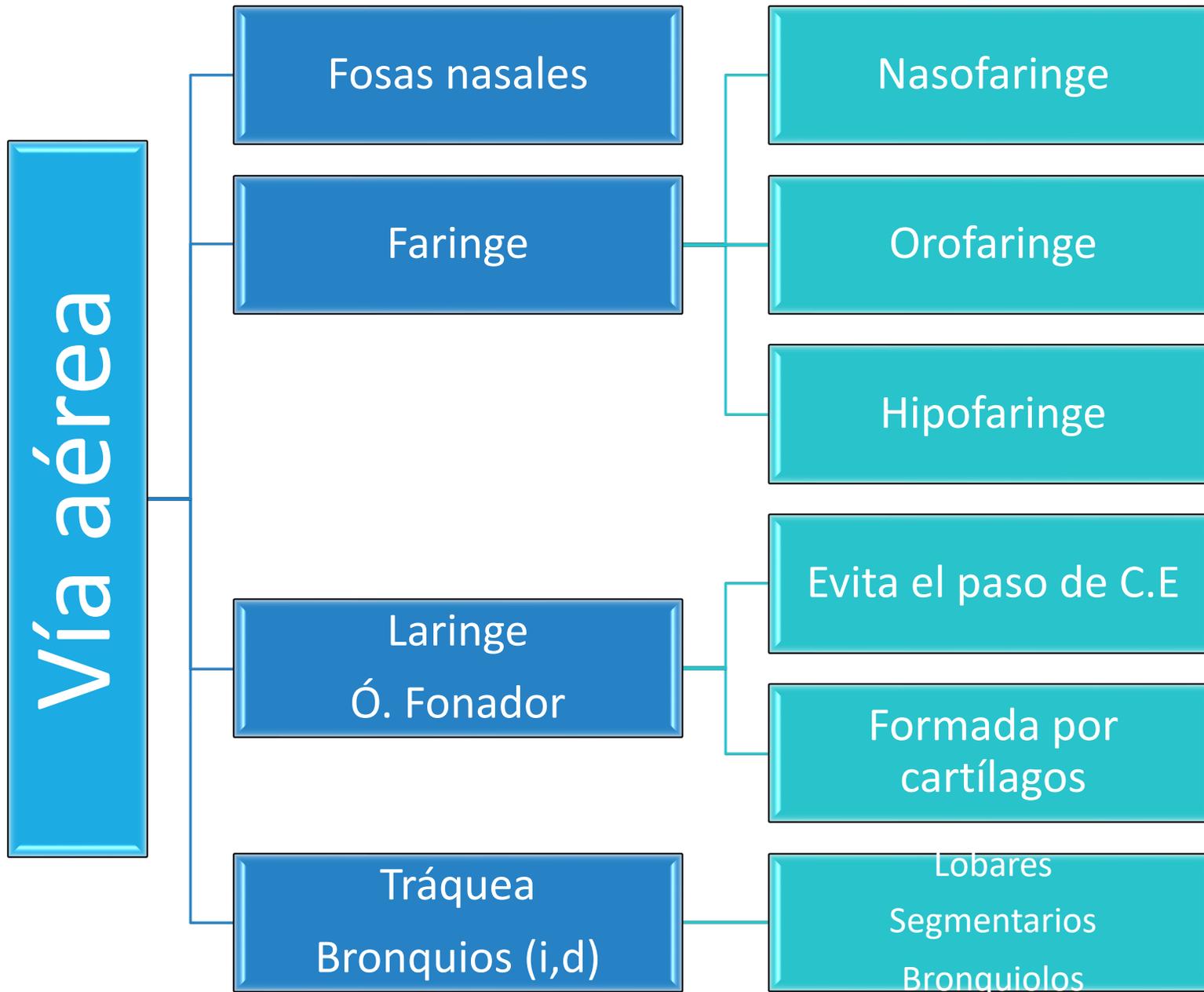
- a. Rojo
- b. Negro
- c. Verde
- d. Amarillo

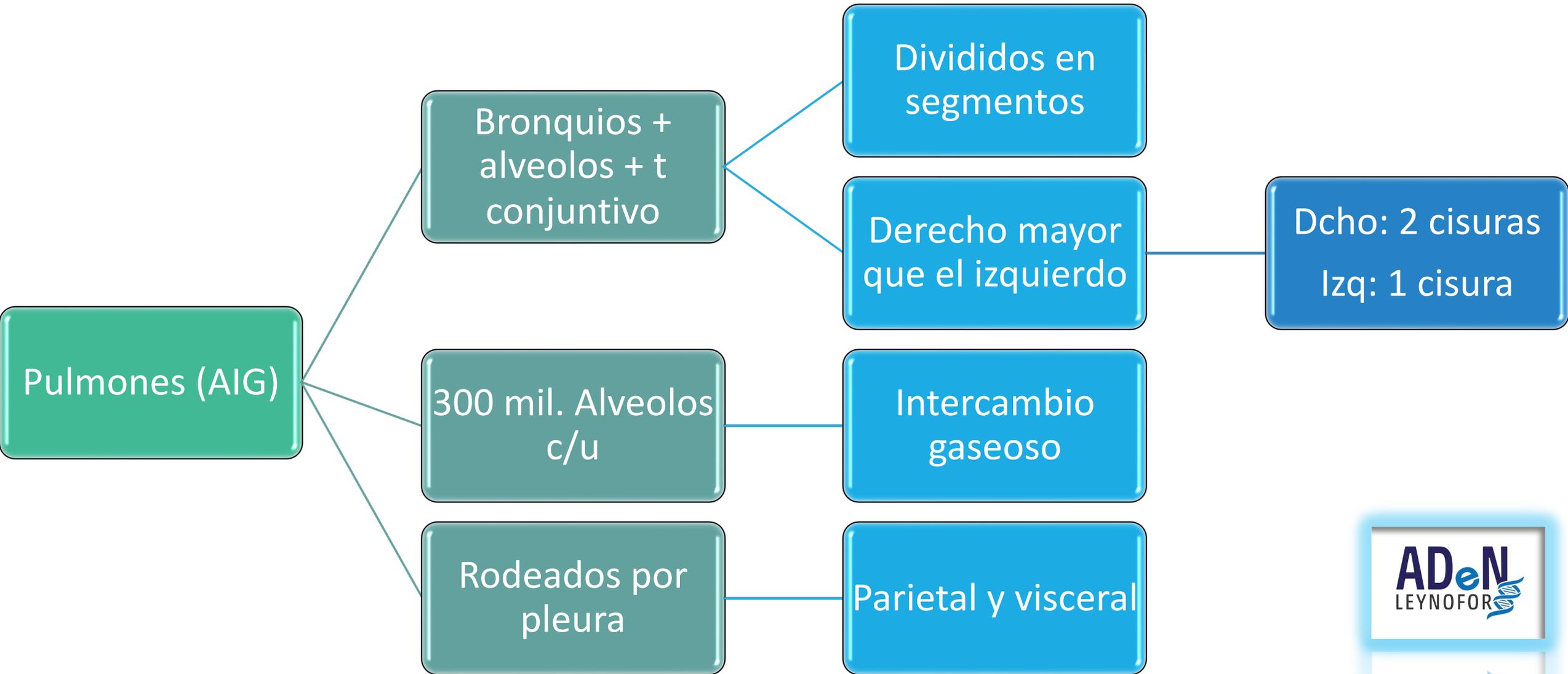


II: RESEÑA ANATOMOFISIOLÓGICA

RESPIRATORIO

2.1: Anatomía del aparato respiratorio







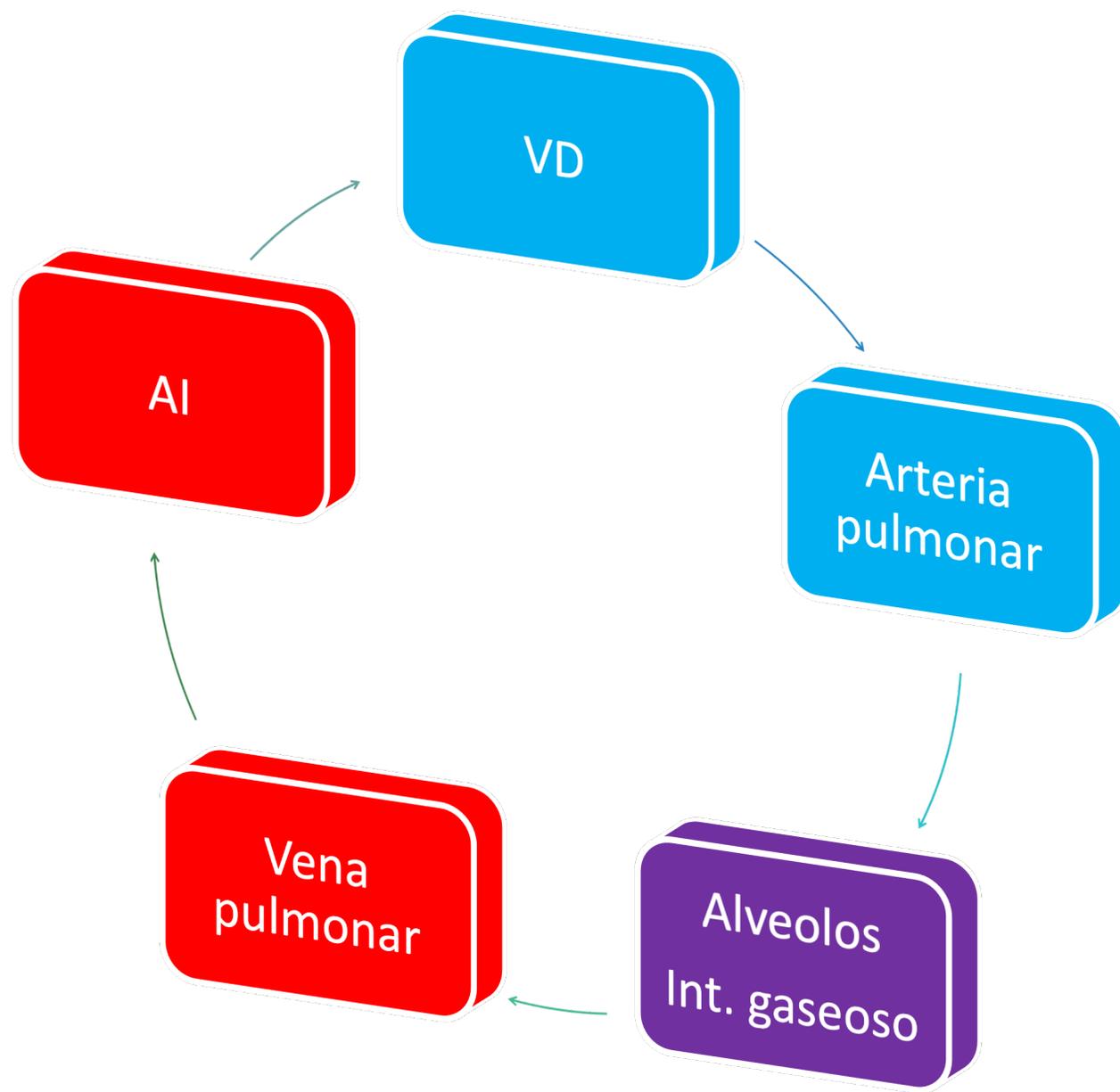
2.2: Fisiología de la respiración

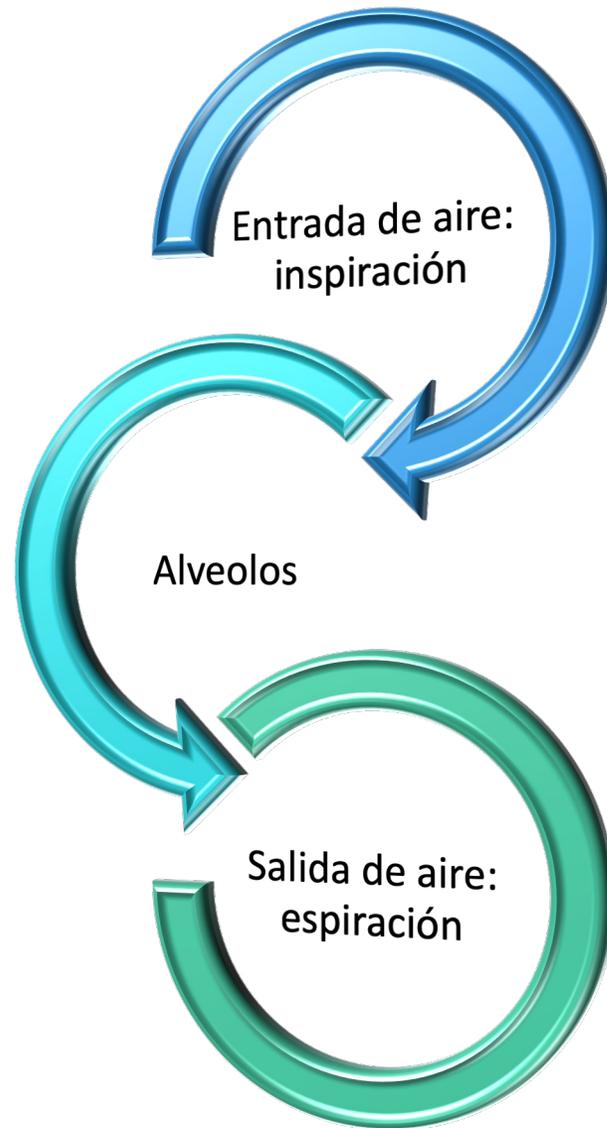
EUSKADI 2018. P. 27:

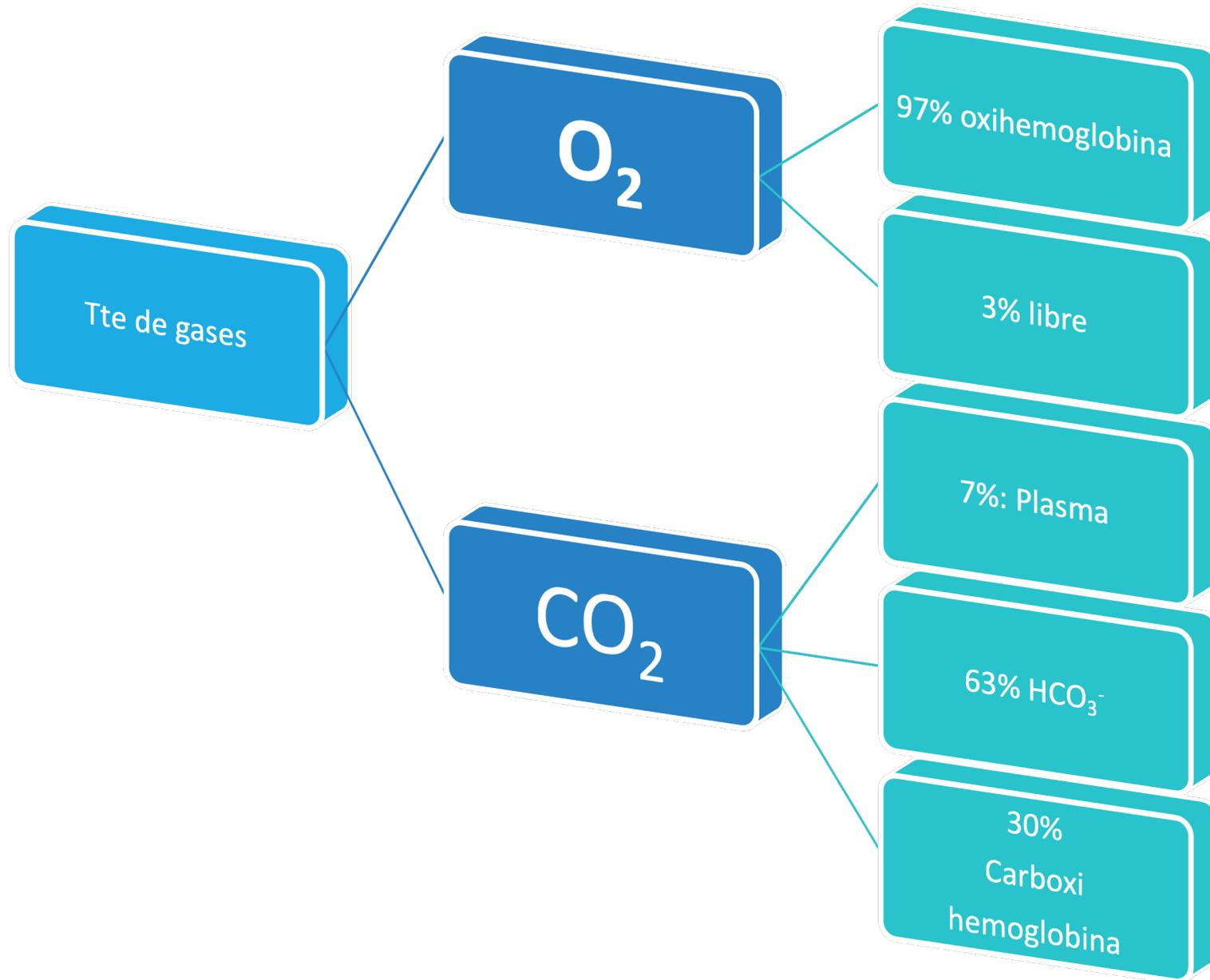


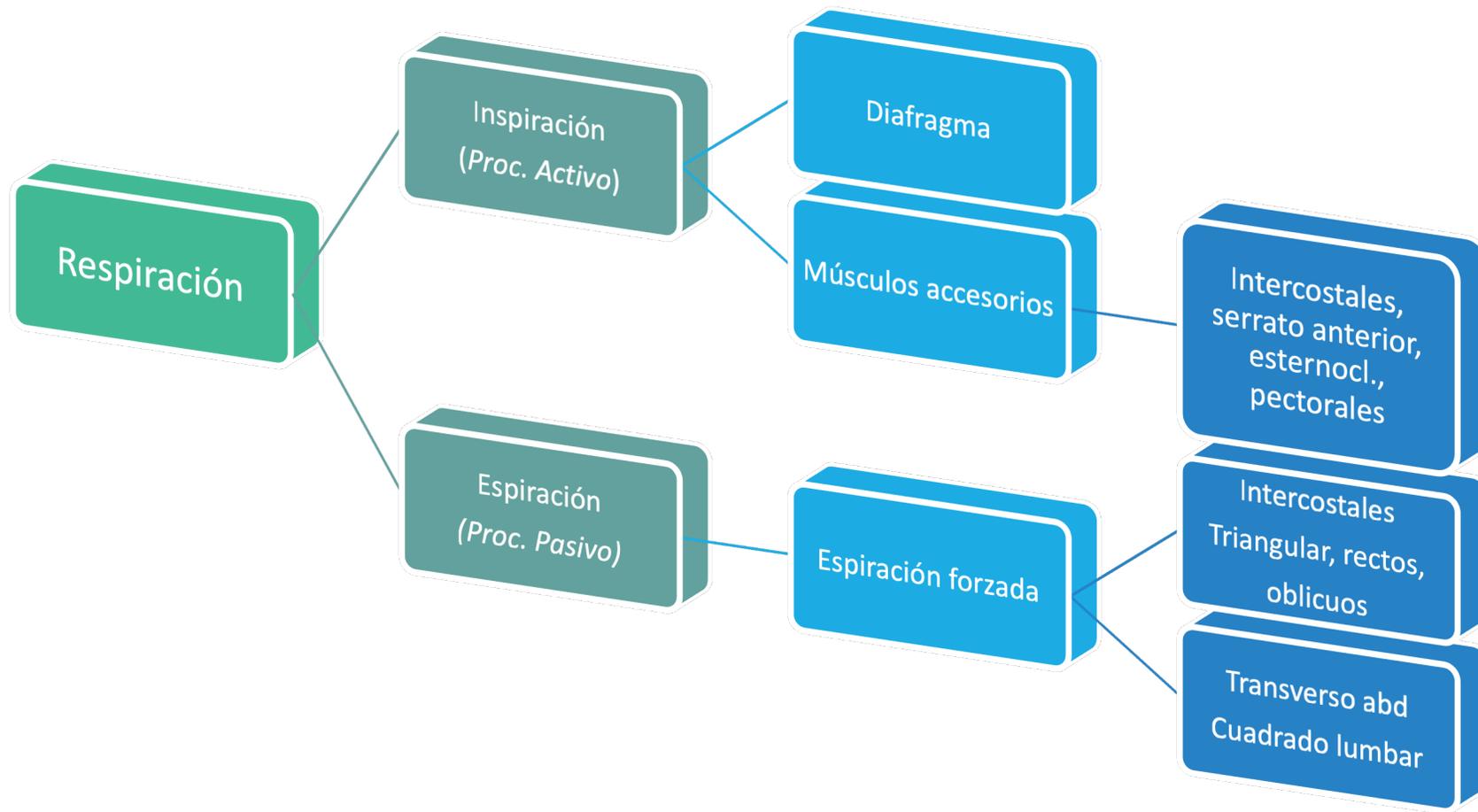
La circulación pulmonar termina a través de las venas pulmonares en:

- a. La aurícula izquierda
- b. El pulmón derecho
- c. El pulmón izquierdo
- d. La aurícula derecha









VALENCIA 2018. P. 25:



El aparato circulatorio está formado por un órgano (el corazón) y un circuito cerrado (arterias, venas y capilares). Señale la respuesta incorrecta:

- a. Las arterias son muy elásticas y llevan la sangre de los capilares hasta el corazón
- b. Las arterias son muy elásticas y llevan la sangre desde el corazón hacia los capilares
- c. Las venas llevan la sangre desde los capilares hacia el corazón
- d. Los capilares contactan con las membranas celulares, con las que intercambian distintas sustancias

MURCIA 2019. P. 5:



La disminución de volumen del tejido pulmonar por falta de aire se denomina:

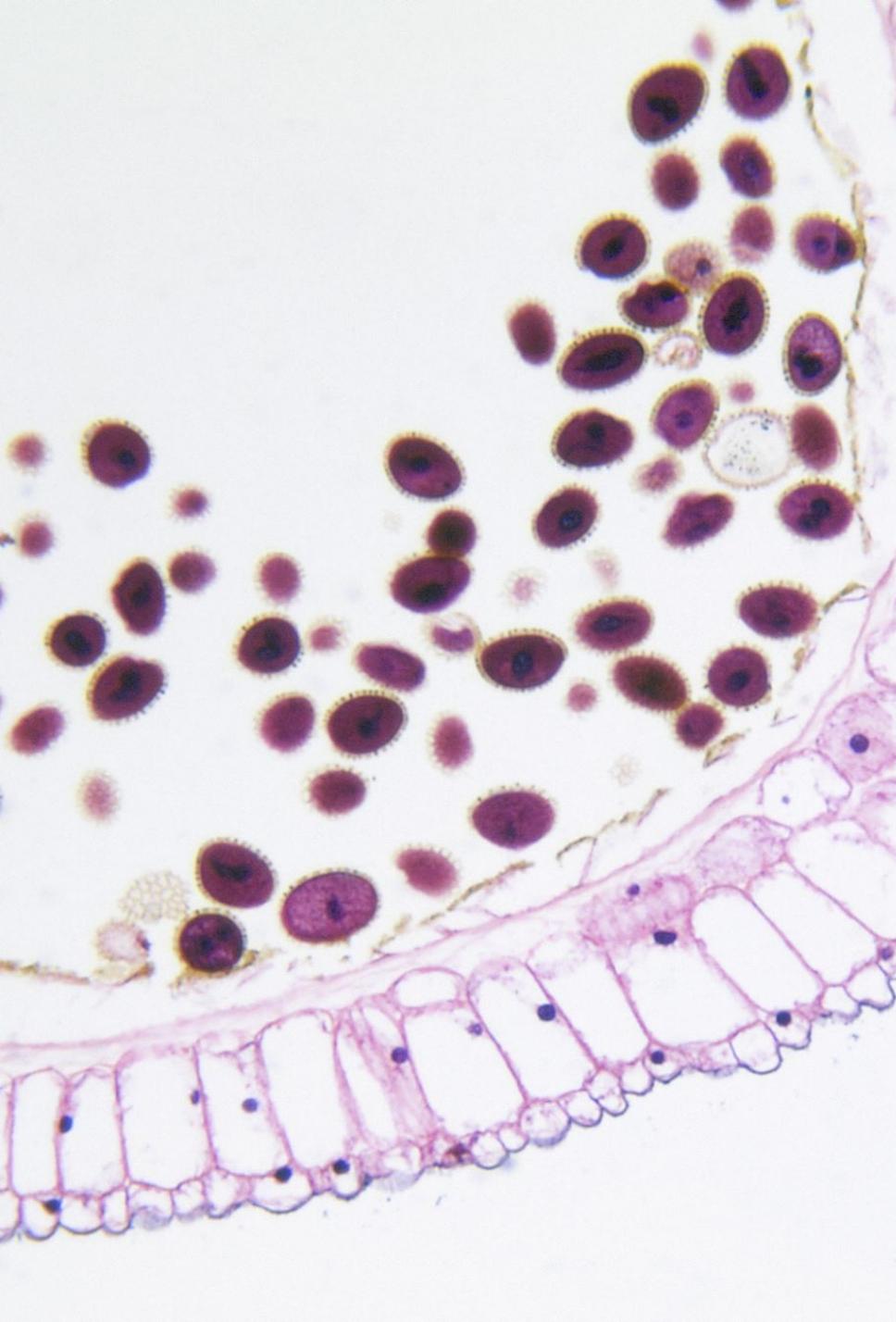
- a. Insuficiencia respiratoria aguda
- b. Enfisema pulmonar
- c. Atelectasias
- d. Bronquiectasias



ADeN
LEYNOFOR



ΜΑΔΑ



2.3: Volúmenes respiratorios

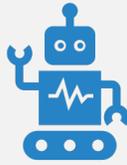
Volumen corriente / Tidal (VC/VT) de aire movilizado en una respiración normal (500 ml)

Volumen de Reserva Inspiratoria (VRI): gradiente de volumen entre una inspiración normal y una forzada unos **3.000 ml.**

Volumen de Reserva Espiratoria (VRE): diferencia de volumen entre una espiración normal y una forzada (**1000-1200 ml.**)

Volumen Residual (VR): volumen que queda en el aparato respiratorio después de una espiración forzada: 1.200 ml.

Capacidad Vital (CV): volumen que se moviliza durante un ciclo ventilatorio máximo.
VC+VRI+VRE: 4500-5000 ml



Capacidad Residual Funcional (CRF): corresponde a la suma de **VR + VRE.**



Capacidad Inspiratoria (CI): suma de **VT +VRI.**

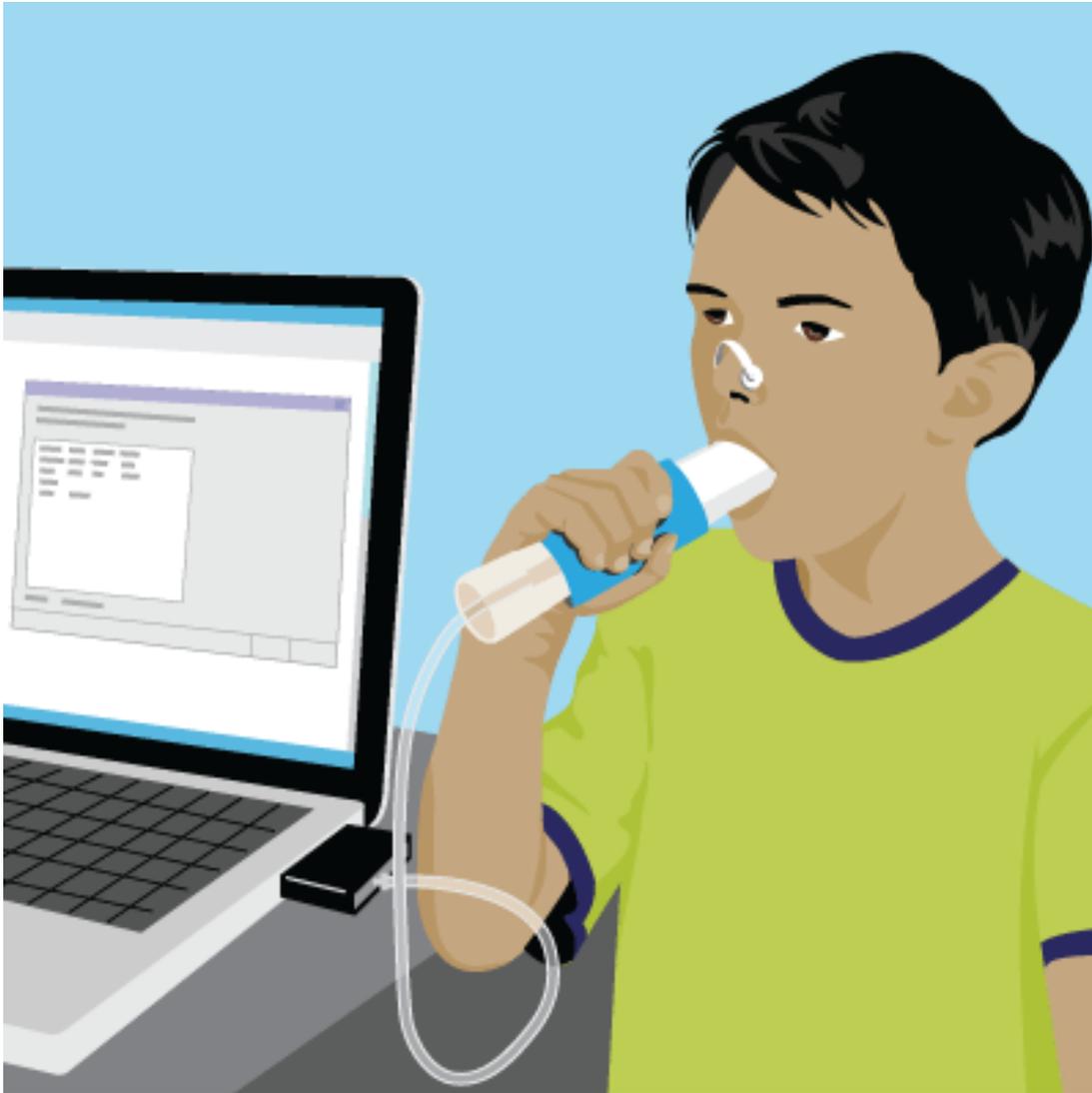


Capacidad Pulmonar Total (CPT): **CV + VR.**

LA RIOJA 2019. P. 41:

Cuál de los siguientes mecanismos de la ventilación pulmonar es un proceso pasivo:

- a. Inspiración
- b. Espiración
- c. Inspiración y espiración
- d. Ninguna es correcta



Capacidad Vital Forzada (CVF): volumen total expulsado en una espiración forzada, tras una inspiración forzada inicial.

Ventilación Espiratoria Máxima por Segundo (VEMS o FEV1): volumen espirado durante el primer segundo de una espiración forzada

Índice Tiffeneau

Inferior 0.6-0.7

- VEMS / CVF:
Patrón Obstructivo

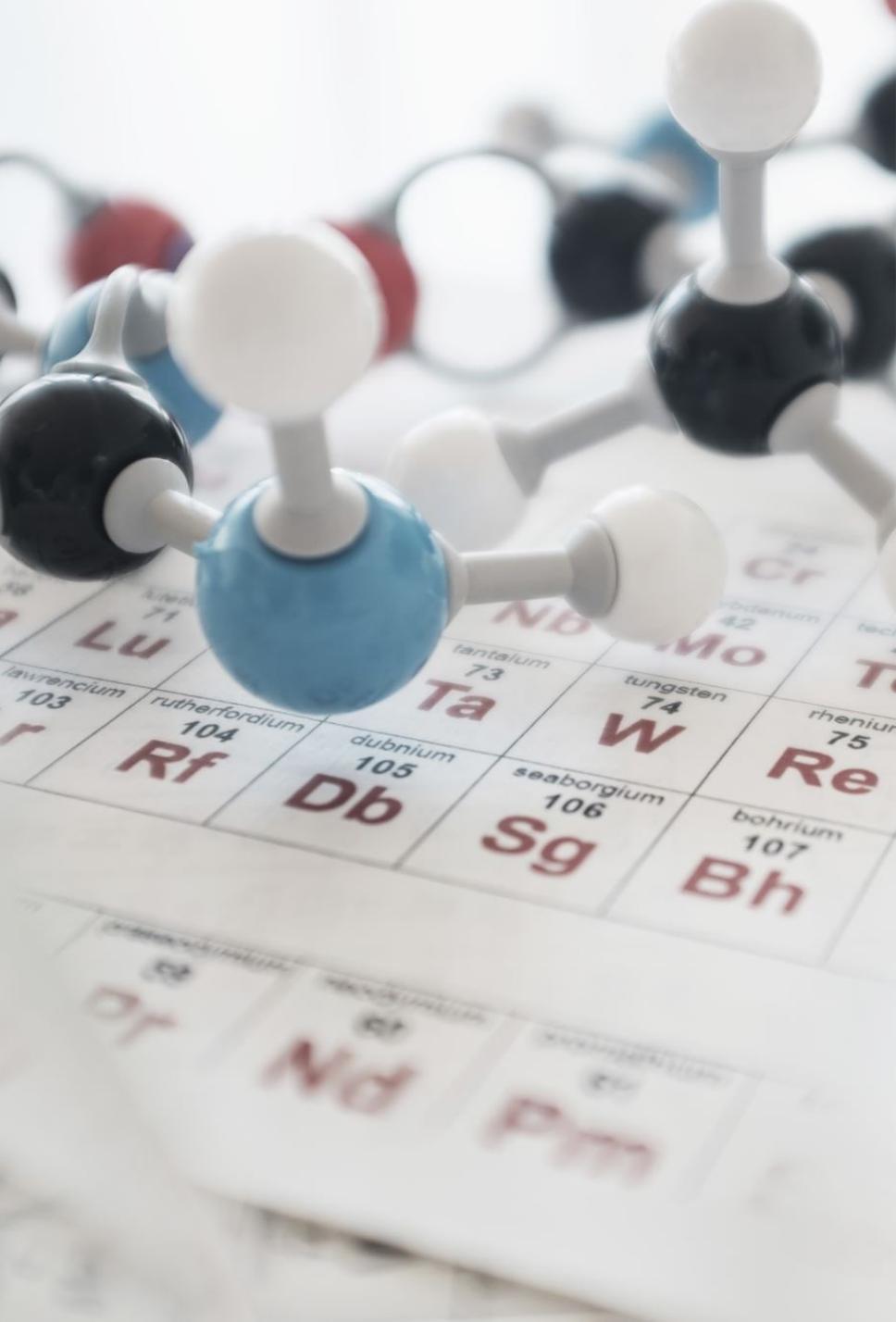
Superior 0.8 – 0.9

- VEMS / CVF:
Patrón Restrictivo

LA RIOJA 2019. P. 2:

De las capacidades pulmonares, la capacidad vital (CV):

- a. Es la cantidad de aire que permanece en los pulmones después de una espiración normal
- b. Equivale al VVP + el VR (3 litros)
- c. Es la cantidad máxima de aire que una persona puede eliminar tras llenar los pulmones al máximo (4´5 litros)
- d. Equivale al VRE + el VR (3 litros)



III:TOMA DE CONSTANTES VITALES

MURCIA 2019. P. 69:

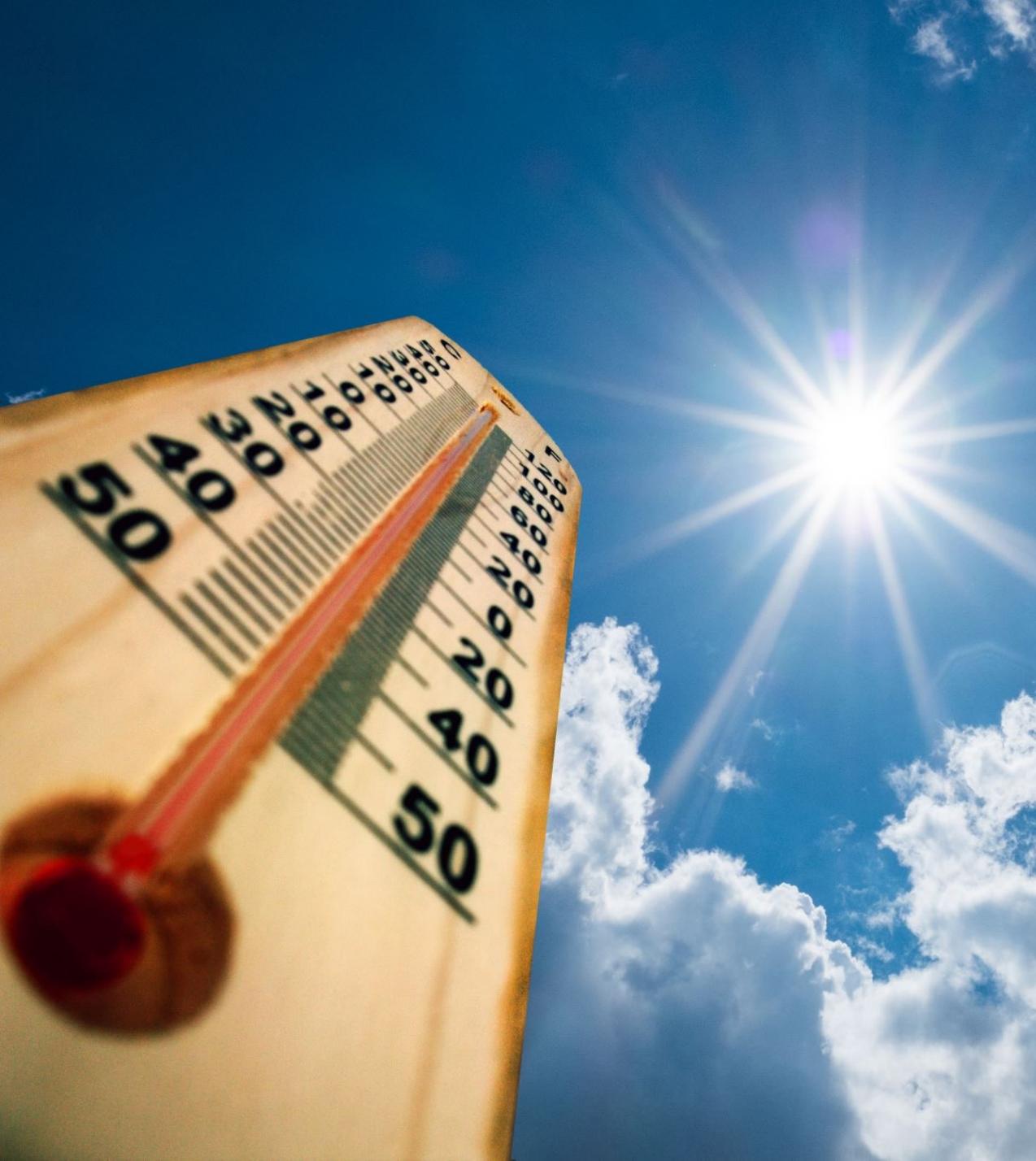


¿Qué factores modifican las constantes vitales? (señale la opción correcta):

- a. Ingestión de alimentos, factores fisiológicos y factores medio ambientales
- b. Deshidratación e infecciones
- c. Fisiológicos, ambientales, psicológicos y patológicos
- d. Hora del día, infecciones y estado emocional

ADeN
LEYNOFOR 

ΓΕΛΙΟΓΡΑΦ
MADA 



3.1: Temperatura



Hipotermia: temperatura inferior a 35 °C.

Normotermia: temperatura entre los 36 y los 37 °C.

Febrícula: temperatura entre los 37 °C y los 38 °C.

Hipertermia, fiebre o pirexia: temperatura superior a 38 °C.

Hiperpirexia: temperatura superior a 41°C

Fiebre

Ligera: entre 38 y 38.4 °C.

Moderada: entre 38.5 y 39.4 °C.

Alta: entre 39.5 y 40.4 °C.

Muy alta: mayor de 40.5 °C.

TEMPERATURA

| | |
|-----------|-------------|
| Axilar | 36.5-37°C |
| Bucal | 36.8-37.2°C |
| Simpática | 36-37°C |
| rectal | 37-38°C |

MADRID 2019. P. 19:

Respecto a la temperatura corporal:

- a. Es más alta en ancianos
- b. Es más alta a primera hora del día
- c. El ejercicio puede elevar la temperatura por la actividad muscular
- d. El aumento de la progesterona puede bajar la temperatura corporal en las mujeres

MADRID 2019. P. 52:

El centro termorregulador del organismo, reside en el:

- a. Tálamo
- b. Hipotálamo
- c. Bulbo raquídeo
- d. Tronco encefálico

MADRID 2014. P. 24:

¿Es correcto poner el termómetro timpánico en presencia de otitis, para medir la temperatura?

- a. No es correcto dado el estado del paciente
- b. No se debe poner el termómetro en esas condiciones, ya que alteraría la temperatura
- c. Previamente se deben haber instilado gotas de antibiótico
- d. Sí, es correcto

GALICIA 2019. P. 17:

Se considera fiebre muy alta:

- a. Temperatura de 40,6° C a 41° C
- b. Temperatura de 38,1° C a 38,5° C
- c. Temperatura de 38,6° C a 39° C
- d. Temperatura mayor de 41° C

GALICIA 2019. P. 41:

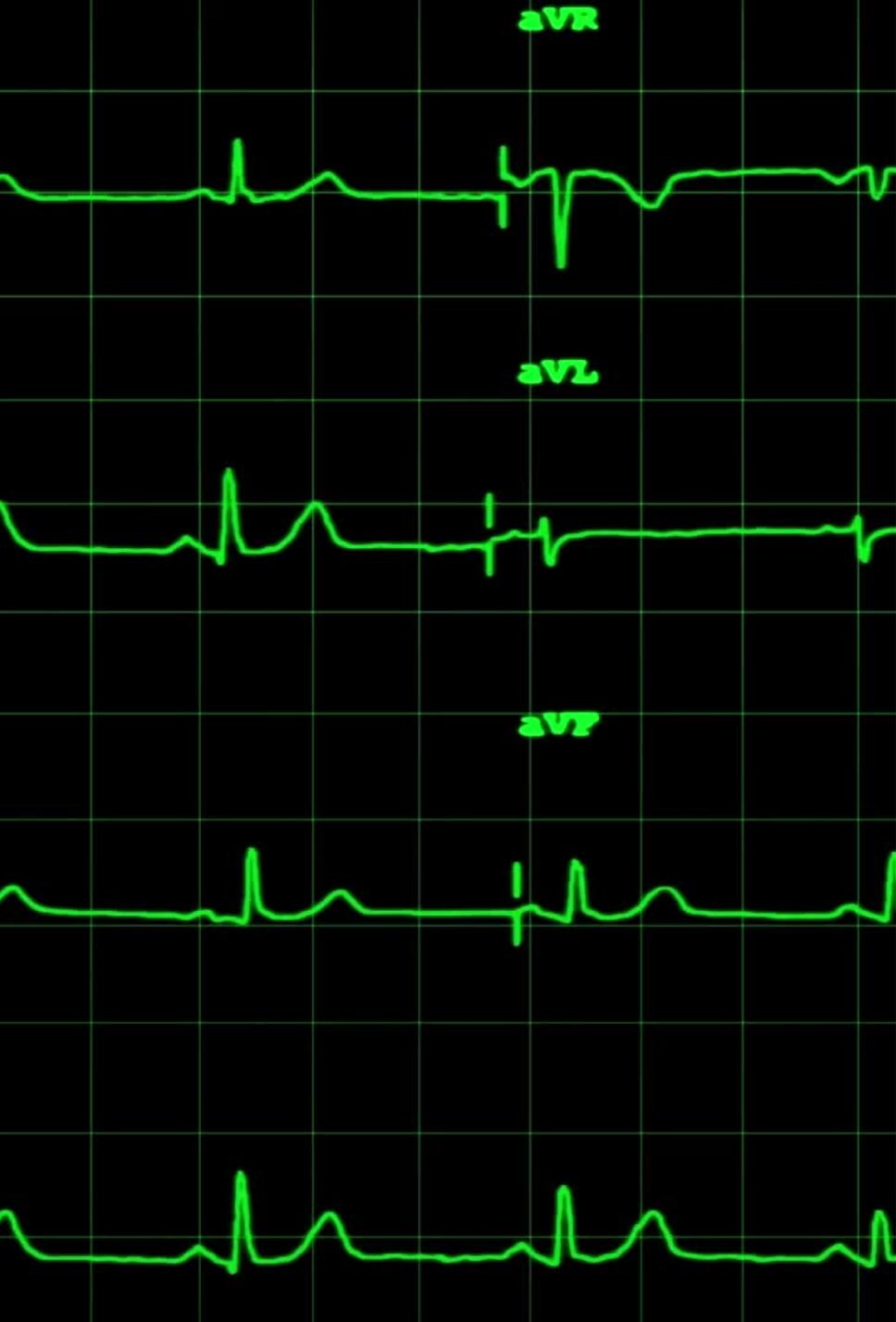
¿Cómo se denomina la temperatura que se mantiene por encima de los valores normales a lo largo del día sufriendo muy pocas variaciones?

- a. Fiebre recurrente
- b. Fiebre en meseta o continua
- c. Fiebre mantenida
- d. Fiebre en aguja o constante

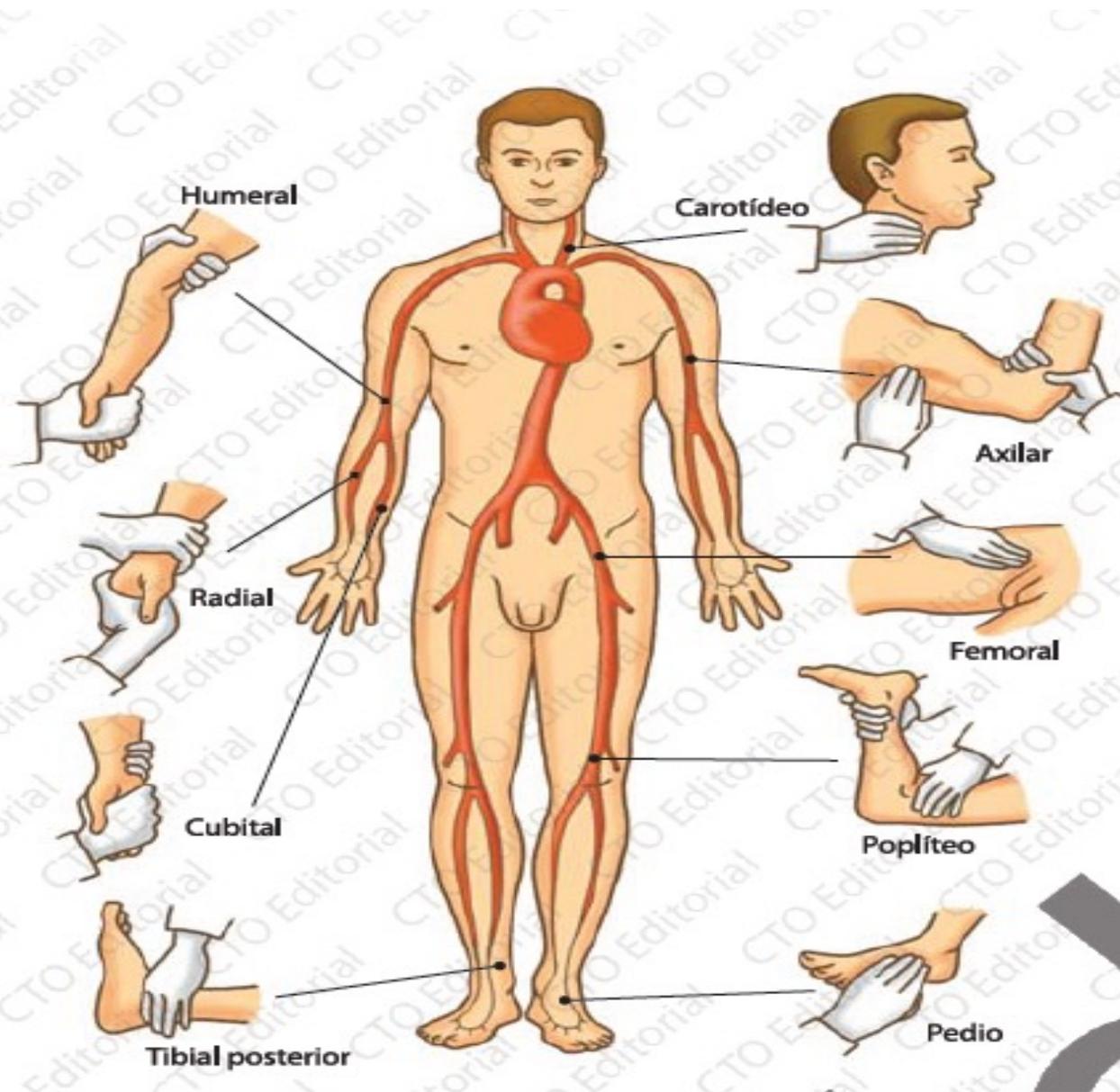
CASTILLA-LA MANCHA 2018. P. 62:

La hiperpirexia es, señale la respuesta correcta:

- a. Hipertermia de 38º a 40º
- b. hipertermia de 39º a 40º
- c. normotermia de 36º a 38º
- d. hipertermia mayor de 41º



3.2: Frecuencia Cardiaca



60-80 lpm

>100: taquicardia

< 60: bradicardia

30 segundos x 2 (15 segundos x 4)

Dejar que el paciente esté relajado

No usar dedo pulgar

Detectar arritmias, simetría, profundidad, ritmo...

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 4:

¿Donde se toma el pulso apical?

- a. En la arteria carótida
- b. en la arteria radial
- c. en la punta o ápice del corazón
- d. en la arteria circunfleja

MADRID 2019. P. 65

Si el pulso periférico no es fiable, ¿cuál tomaremos como segunda opción?

- a. Pulso pedio
- b. Pulso apical
- c. Pulso carotídeo
- d. Pulso femoral

MADRID 2019. P. 86:

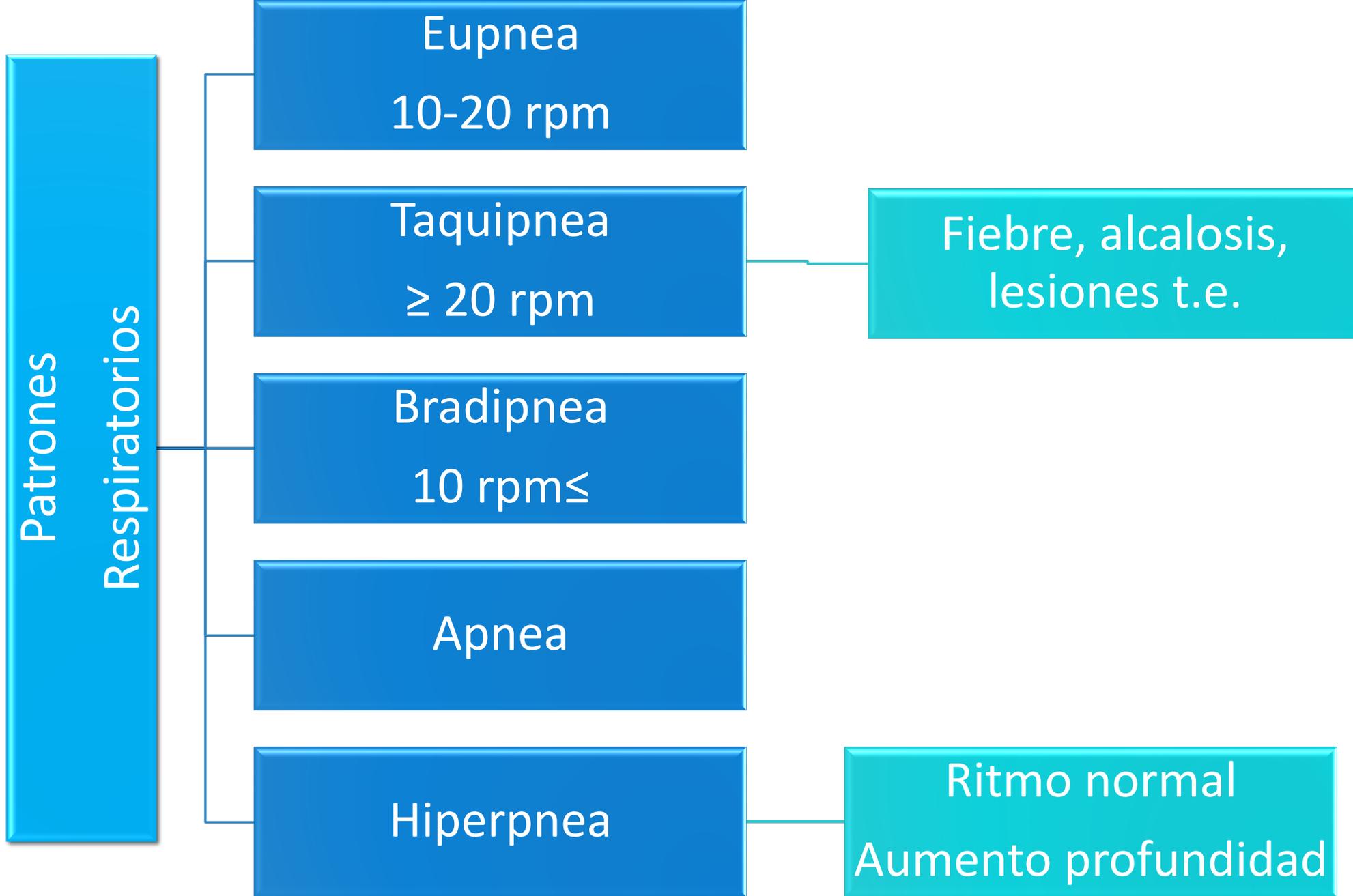
Indique la afirmación correcta referente a los puntos de localización del pulso:

- a. El pulso radial se localiza en el canal de hunter
- b. El pulso femoral se localiza en el hueco poplíteo
- c. El pulso femoral se encuentra en el canal retromaleolar interno
- d. El pulso femoral se localiza a la altura del ligamento de poupart o en el triángulo de scarpa



3.3: Frecuencia Respiratoria

| Frecuencia Respiratoria | |
|--------------------------------|------------------|
| Recién nacido | 30-60 rpm |
| Lactante 6 meses | 30-50 rpm |
| Niño pequeño 2 años | 25-32 rpm |
| Niño | 20-30 rpm |
| Adolescente | 16-19 rpm |
| Adulto | 12-20 rpm |



Patrones patológicos

Cheyne Stokes (ciclopneas)

Ciclos normales + apneas

ICC, IR

Biot

Taquipnea + hiperpnea +
pausas bruscas

Lesiones Tronco encefálico

Kussmaul (*Grosse Atmung*)

*rítmica + aumento freq y
profundidad*

Acidosis metabólica



Respiración de Cheyne-Stokes



Respiración de Biot



Respiración de Kussmaul

CASTILLA Y LEÓN 2019. P. 69:

La respiración acidótica que ocurre en las acidosis metabólicas también se denomina: (señale la respuesta correcta)

- a. Respiración de Kussmaul
- b. respiración suprimida
- c. respiración de Biot
- d. respiración de Bouchut

LA RIOJA 2019. P. 96:

La respiración de una persona adulta cuyos valores oscilan entre 12 y 18 rpm, se denomina:

- a. Bradipnea
- b. Eupnea
- c. Taquipnea
- d. Hiperpnea

NAVARRA 2020. P. 19:

La alteración respiratoria caracterizada por una dificultad para respirar debido a un déficit del aporte de oxígeno, se denomina:

- a. Apnea
- b. Bradipnea
- c. Disnea
- d. Hiperpnea

CASTILLA – LA MANCHA 2019. P. 43:

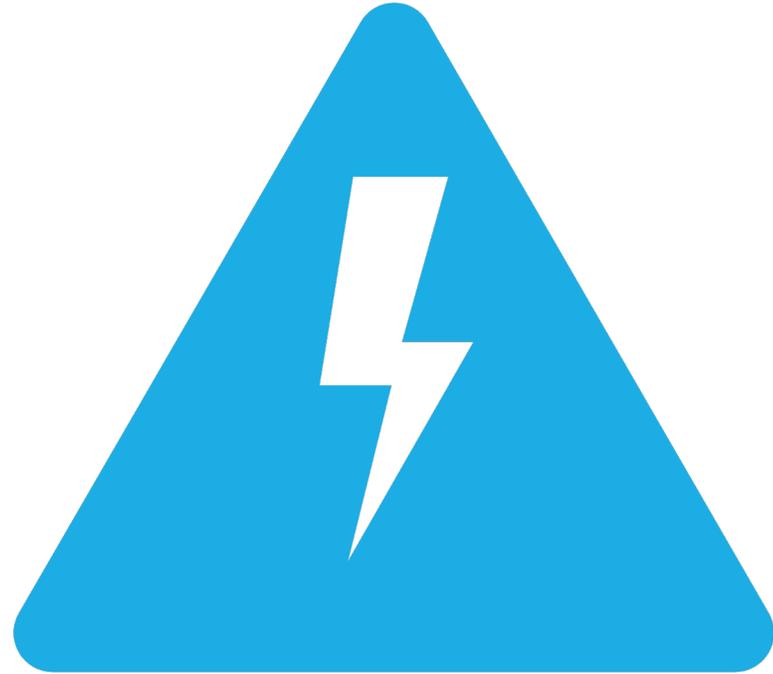
El aumento de la profundidad respiratoria se denomina:

- a. Apnea
- b. Hiperpnea
- c. Hipoxia
- d. hipercapnia

CASTILLA – LA MANCHA. P. 72:

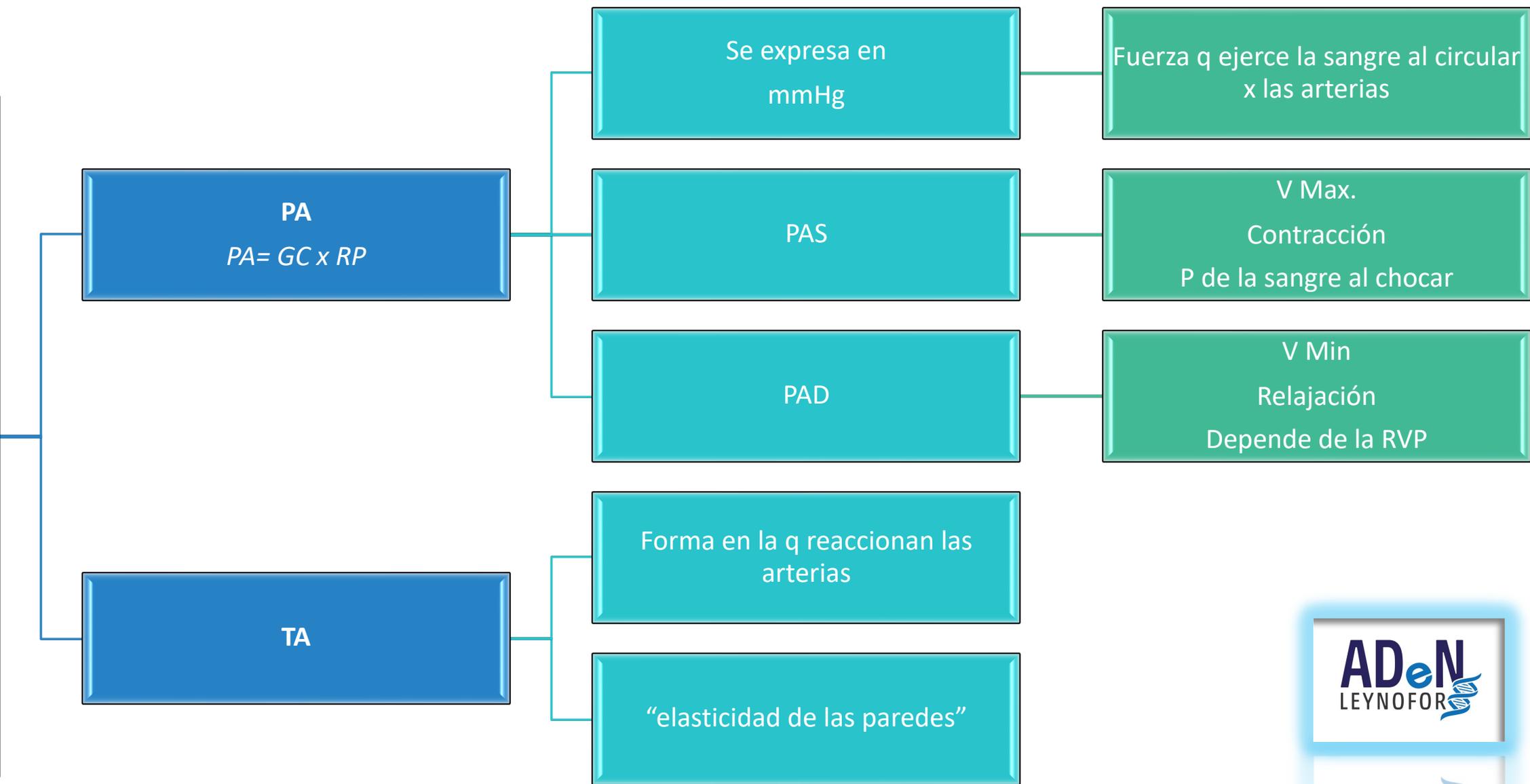
La respiración de Kussmaul es, señale la respuesta correcta:

- a. Respiración más profunda de lo normal
- b. respiración más rápida y profunda de lo normal con pausas de apnea, sin un patrón fijo
- c. respiración con un ritmo regular en el que se alteran fases de respiración con profundidad creciente, seguidas de una pausa de apnea
- d. respiración continua más rápida y profunda de lo normal



3.4: Tensión arterial

Concepto



OMS:

toda cifra de tensión arterial que sea PAS mayor o igual a 140 mmHg y PAD por encima o igual a 90 mmHg.

ECS Guidelines:

| | PAS (mmHg) | PAD (mmHg) |
|------------|------------|------------|
| PA clínica | 140 | 90 |
| MAPA 24 h | 125-130 | 80 |
| MAPA día | 130-135 | 85 |
| MAPA noche | 120 | 70 |
| AMPA | 130-135 | 85 |

MAPA: Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial
AMPA: Auto Medida de la Presión Arterial

Presión Arterial

$$\text{PAM} = 2/3 \text{ PAD} + 1/3 \text{ PAS}$$

“... calcule usted la Presión Arterial Media (PAM) de un paciente que arroja las siguientes cifras: 143/88 mmHg. Señale la opción correcta.”

- a. 106.3 mmHg*
- b. 98.4 mmHg*
- c. 115.1 mmHg*
- d. 125.4 mmHg*



Presión Arterial

$$PAM = 2/3 PAD + 1/3 PAS$$

$$PAM = \frac{(PAD+PAD)+PAS}{3}$$

$$PAM = (GC \times RVS) + PVC$$

Ejemplo:

- Si TA: 143/88 mmHg
- $PAM = \frac{(88+88)+143}{3}$
- PAM = 106.33 mmHg

Manguito presión: ocupar 2/3 de la longitud del brazo

- Estrecho: cifras anormalmente altas
- Ancho: cifras anormalmente bajas

Colocar 2-3 cm por encima de la flexura

Inflar hasta que el pulso sea indaudible (160-180 mmHg)

Dejar salir el aire a un ritmo de 2-3 mmHg/s

En MM.II: cifras 10-40 mmHg más elevadas

| FASES DE KOROTKOFF | |
|--------------------|--|
| Fase I | <ul style="list-style-type: none">• Primer ruido arterial• PAS |
| Fase II | Ruidos más suaves, a veces inaudibles |
| Fase III | Reaparecen los ruidos o se hacen audibles |
| Fase IV | <ul style="list-style-type: none">• Cambio en el tono• PAD en embarazadas y niños |
| Fase V | <ul style="list-style-type: none">• Desaparecen los ruidos completamente• PAD |



Medidas del manguito

En menores de 1 año: 2,5 cm.

De 1 a 4 años: 5-6 cm.

De 4-8 años: 8-9 cm.

Adultos: 13-15 cm

Adultos obesos: 16-18 cm

ADeN
LEYNOFOR 

ΓΕΛΙΟΓΡΑΦ
Μετα 

Determinantes de la medición

Debe estar sentado, con la espalda recta, con el brazo apoyado desnudo y sin ropa que le oprima, y colocado a la altura del corazón.

Antes de la medida, se recomienda que permanezca cinco minutos relajado en esta posición.

Puede estar también tumbado.

Puede utilizarse la bipedestación cuando interese descartar la hipotensión postural.

No debe haber comido, fumado, tomado café ni haber hecho ejercicio en una hora antes.

El ambiente debe ser relajado y con temperatura agradable.

El paciente debe recordar el consumo previo de fármacos (fármacos simpaticomiméticos —gotas nasales y oculares—, antihipertensivos, etc.) y advertirlo.

El dolor y la distensión vesical pueden falsear la lectura.

técnica

Comprobar que el llenado es 30 mmHg superior a la cifra de PAS que se aprecia en la arteria radial con el método palpatorio.

El desinflado debe ser lento, a ritmo de 3 mmHg por segundo o por latido

- La primera aparición de un sonido (fase I de Korotkoff) equivale a la PAS.
- La desaparición del sonido (fase V de Korotkoff) equivale a la PAD.

En hipertiroideos, embarazadas o personas muy delgadas, los ruidos arteriales pueden no desaparecer, por lo que la determinación de la fase IV define la PAD.

Deben realizarse dos medidas iniciales en ambos brazos.

Si hubiera diferencia, en adelante se utilizara el brazo de la medición más alta.

| ERROR | TA falsamente alta | TA falsamente baja |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Piernas de paciente cruzadas | X | |
| Manguito demasiado grande | | X |
| Manguito demasiado pequeño | X | |
| Manguito demasiado flojo | X | |
| Manguito inflado demasiado lento | X | |
| Manguito MUY inflado | X | |
| Manguito desinflado demasiado lento | X | |
| Manguito desinflado demasiado rápido | | X |



Diagnóstico de HTA



tres mediciones separadas entre sí, al menos una semana, en un plazo máximo de dos meses.



Estas mediciones se acompañan de una valoración e historia clínica completa, pruebas de laboratorio



Estudio radiológico, exploración física, electrocardiograma, ecocardiografía, etc.



En los pacientes jóvenes con HTA se realiza un estudio más exhaustivo para descartar una HTA secundaria

MADRID 2019. P. 87:

De entre las siguientes cifras de tensión arterial, ¿cuál se considera normal?

- a. Sistólica <120, diastólica <80 mmHg
- b. Sistólica <150, diastólica <80 mmHg
- c. Sistólica >120, diastólica >50 mmHg
- d. Sistólica <160, diastólica >90 mmHg

MADRID 2014. P. 94:

El sonido característico de la fase IV de los ruidos de Korotkoff, corresponde a:

- a. Ruidos con más intensidad
- b. Apagamiento notable del ruido
- c. Pausa leve del ruido
- d. Desaparece el ruido

EUSKADI 2018. P. 29:



La tensión arterial de un paciente depende:

- a. De la resistencia vascular y catabolismo
- b. Del gasto cardiaco y resistencia periférica
- c. De la viscosidad sanguínea y cifra total de células sanguíneas
- d. Del gasto cardiaco y metabolismo

GALICIA 2019. P. 107:

Como técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería, sabemos que el esfigmomanómetro sirve para:

- a. Medir la respiración
- b. Medir la tensión arterial
- c. Medir la frecuencia cardiaca
- d. Medir la tensión venosa

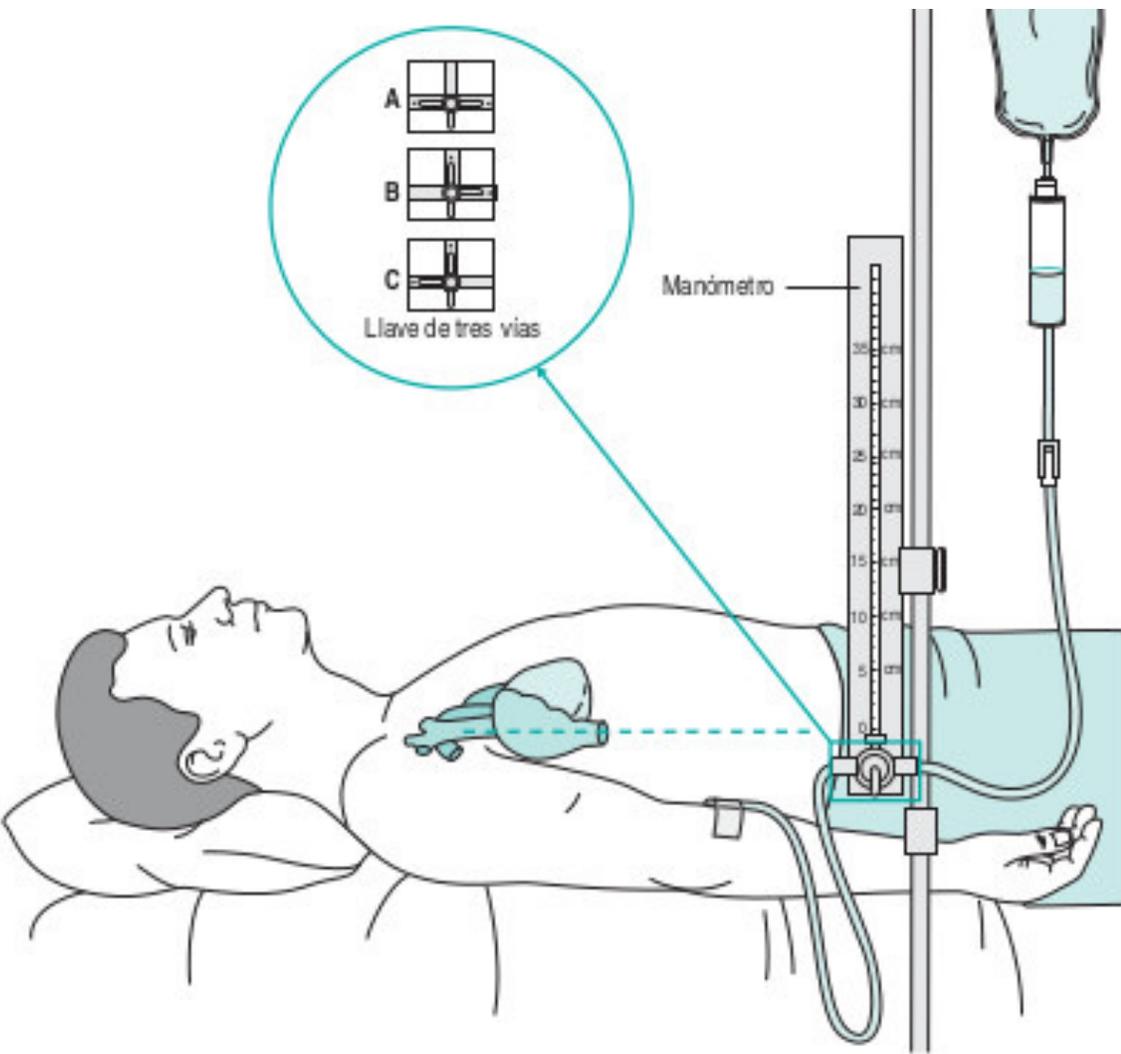
CASTILLA - LA MANCHA 2019. P. 46:



Al descenso brusco del flujo de sangre que llega al cerebro, desencadenado por el aumento excesivo de las contracciones del corazón, se le llama:

- a. Síncope
- b. Asfixia
- c. Lipotimia
- d. infarto de miocardio





3.5: Presión venosa central

El Concepto

Valor hemodinámico que informa sobre la volemia o precarga del ventrículo derecho. Importante en casos de shock.

Es una presión intravascular (es importante “hacer el cero”, para igualar la presión del transductor con la atmosférica).

Se mide a través de un **catéter venoso central**

La luz del catéter debe estar a unos 3.5 cm de la “desembocadura de la cava en la AD”

Material

Catéter venoso central.

Sistemas de suero.Llaves de 3 pasos.

Venotonometro o flebotometro.

Técnica

Paciente en decúbito supino. Cabecero plano.

Se conecta la luz distal de la vía central a un sistema de conexión en Y, con un sistema de suero y una columna de medición graduada en centímetros.

El 0 de la columna de medición se coloca a la altura del punto flebostático (4º eic, línea axilar media), situado a nivel de la aurícula derecha.

A continuación, se mueve la llave de tres pasos para que la columna se llene de suero.

Posteriormente se cierra la entrada de suero y se pone en comunicación la columna de suero con el paciente, permitiendo la entrada de suero

El valor de la columna donde el suero oscila es el valor de la PVC en cm de agua.



Valores

6 y 12 cm de agua (vena cava)

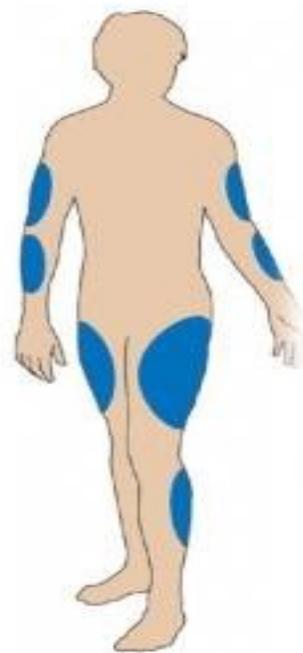
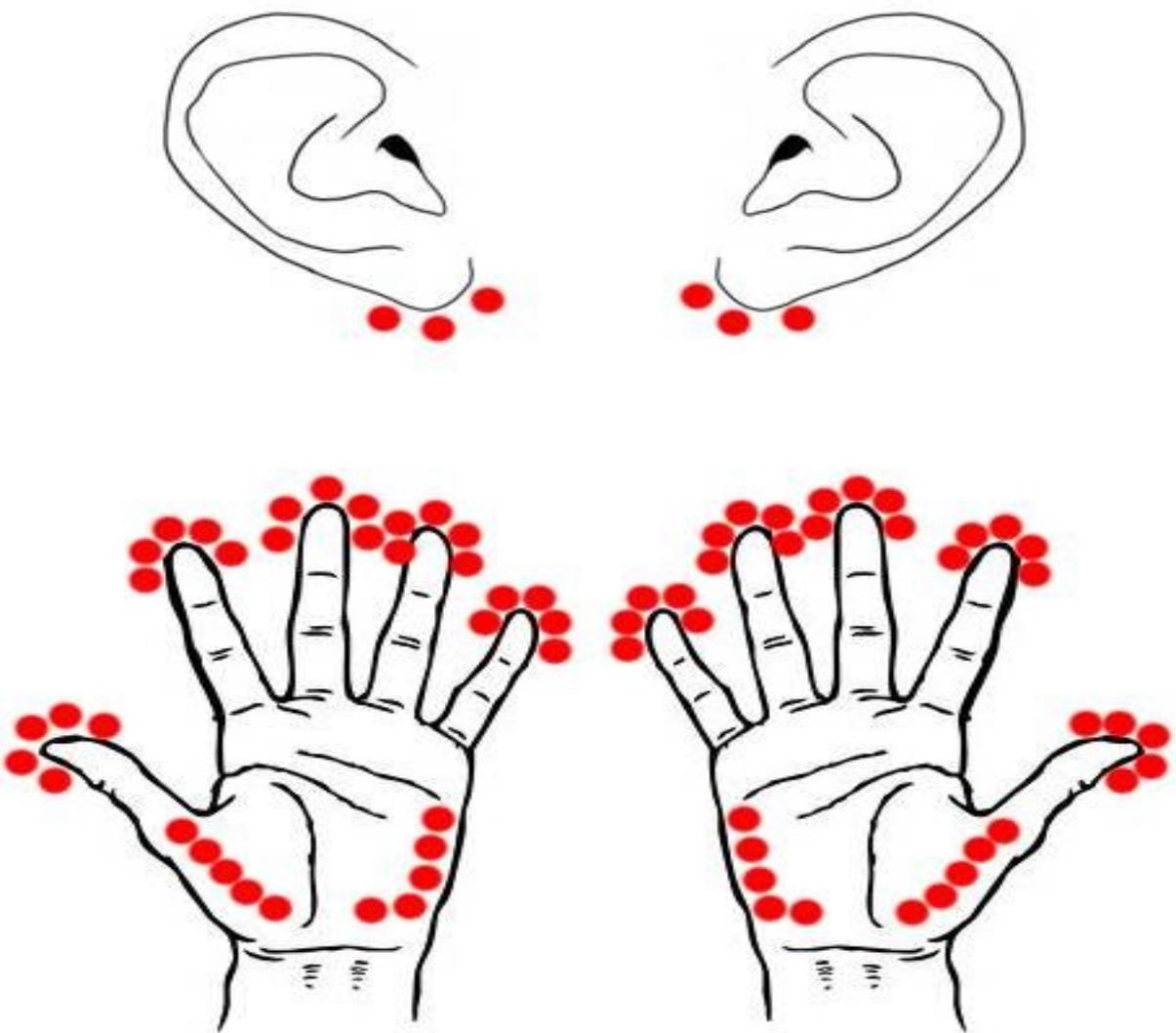
0 y 4 cm de agua (aurícula derecha).

MADRID 2014. P. 5:

Identifique el paso correcto para medir la presión venosa central:

- a. El paciente debe colocarse en decúbito prono
- b. El paciente será portado de un catéter colocado en aurícula derecha
- c. No es necesario medir la presión venosa central actualmente
- d. El paciente será portado de un catéter colocado en aurícula izquierda

3.5: Glucemia



| Niveles de glucosa | alteración |
|--------------------|--------------------|
| ≤ 50 mg/dl | hipoglucemia |
| > 300 mg/ dl | Cetoacidosis* |
| > 500 mg/dl | Coma hiperosmolar* |



Diagnóstico DM

Glucemia al azar \geq 200 mg/dl (x2)

Con
sintomatología
diabética

Poliuria,
polidipsia, pérdida
de peso inexplicada

Glucemia en
ayunas \geq 126
mg/dl (x2)

2 h tras SOG con
75 g de glucosa

Glucemia \geq 200
mg/dl (x2)

Hb1Ac \geq 6,5%
(x2)

No en anemias
No en HbPatías

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 98:

La pulsioximetría mide:

- a. La saturación de oxígeno de la hemoglobina
- b. la PO_2 y PCO_2
- c. el pH
- d. todas las respuestas anteriores son correctas

3.6: Pulsioximetría

% de hematías cuya hemoglobina "transporta" oxígeno

Actuación en función de la SpO2

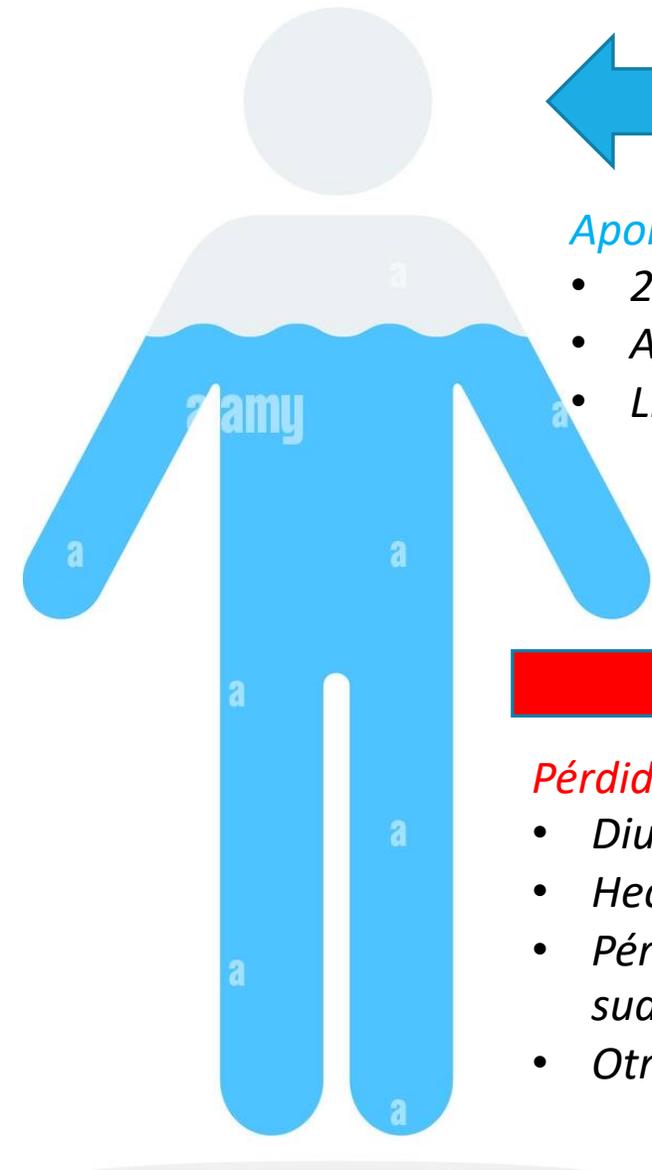
| | |
|--------|---|
| > 95% | No actuación inmediata |
| 95-90% | Tratamiento inmediato y monitorización de la respuesta Valorar en pacientes con EPOC |
| < 90% | Oxigenoterapia, tratamiento etiológico |
| < 80% | Intubación orotraqueal Valoración intubación mecánica |





IV BALANCE HÍDRICO

cálculo de los líquidos que ingresa una persona y los que elimina, en un periodo de tiempo.



Aportes:

- 2300 – 2600 ml/ 24 h
- Alimentos: 1000 ml
- Líquidos: 1500 ml
 - Ingeridos o perfundidos

Pérdidas:

- Diuresis: 1500 ml
- Heces: 200 ml
- Pérdidas insensibles (respiración, sudor, sececiones): 900 ml
- Otros (drenajes)

BH = entradas – salidas

BH negativo: “pierde líquidos”

BH positivo: “retiene líquidos”

CASTILLA-LA MANCHA 2018. P. 82:



El adulto medio tiene un requerimiento aproximado de líquidos en un periodo de 24 horas de:

- a. 1.200 a 1.500 ml.
- b. 1.500 a 1.800 ml.
- c. 1.800 a 2.200 ml.
- d. 2.300 a 2.600 ml.

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΓΡΑΦ
M^eDA

EUSKADI 2018. P. 107.



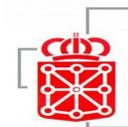
La diuresis de 24 horas en el adulto es:

- a. 1000-1500 ml.
- b. 2200-2500ml.
- c. 700-900 ml.
- d. Ninguna de las respuestas es correcta

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΓΡΑΦ
MADA

NAVARRA 2019. P. 69:



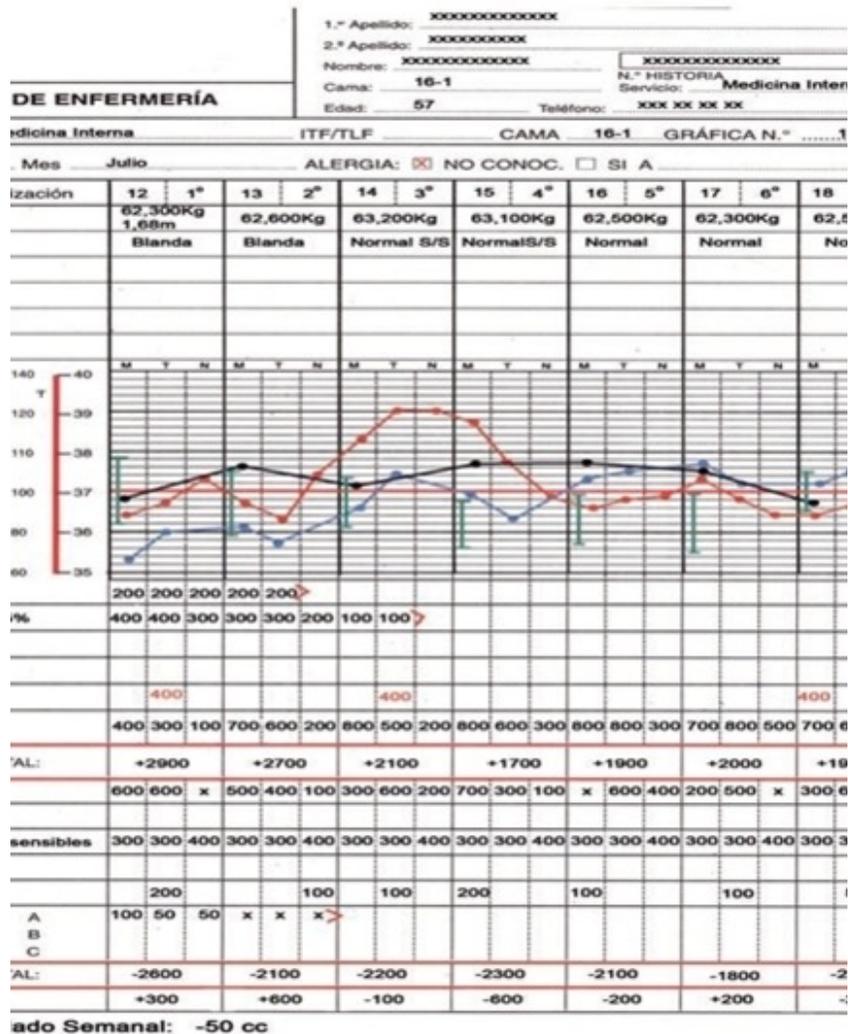
Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

En relación con el balance hídrico de un paciente, señale la respuesta incorrecta:

- a. En condiciones normales el balance es cero
- b. El balance es positivo cuando el volumen de líquidos aportados es mayor que el de líquidos perdidos
- c. Entre las salidas no se incluyen las pérdidas insensibles
- d. El balance de líquidos se realiza restándole a los ingresos las salidas

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
MADA



V: GRÁFICA DE ENFERMERÍA

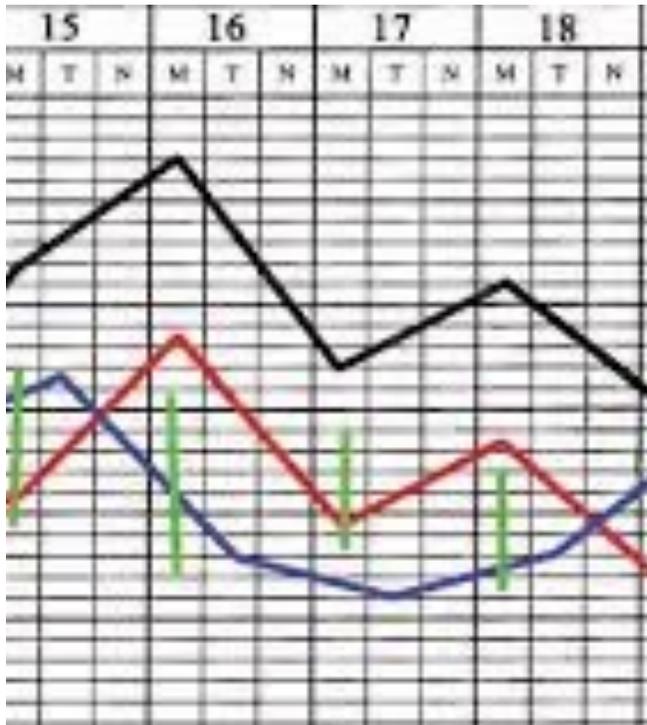
“DOCUMENTO DESTINADO A RECIBIR Y REFLEJAR TODAS LAS OBSERVACIONES RELACIONADAS CON UN PACIENTE DETERMINADO. PERMITE AL EQUIPO MÉDICO OBTENER, DE FORMA RÁPIDA Y CLARA, EL MÁXIMO DE INFORMACIÓN CON RESPECTO AL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE”

Aspectos legales

El **contenido mínimo de datos de la historia clínica**, según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, incluye el grafico de constantes como uno de los documentos a cumplimentar, y que **deben conservarse como parte de la historia clínica**.



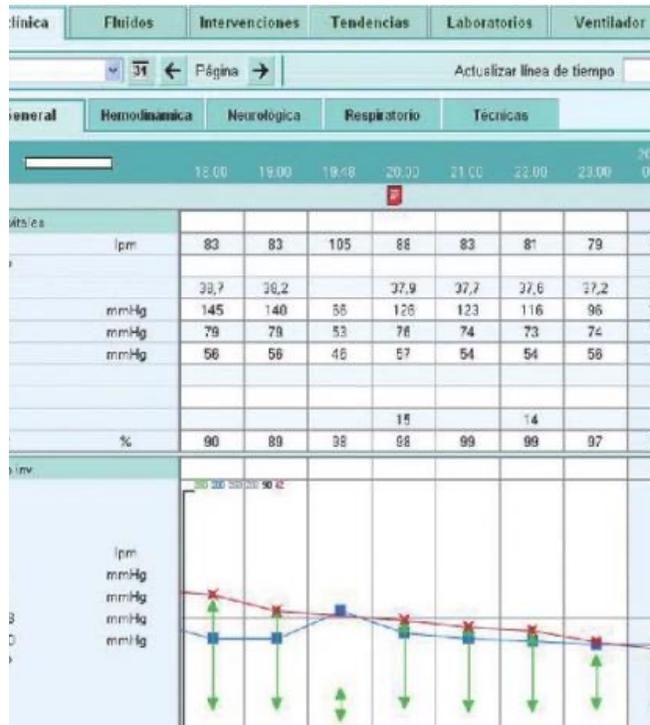
5.1: Gráfica mensual u ordinaria



Datos de las constantes vitales todos los días, incluyendo 2 o 3 controles durante 30 días de observación:

- Constantes vitales: (pulso, respiración, temperatura, tensión arterial y, excepcionalmente, la presión venosa central).
- Tipo de dieta y peso del paciente.
- Deposiciones. Expectoración.
- Terapéutica.
- Balance de líquidos: líquidos ingeridos y perdidos.

5.2: Gráfica horaria o especial



Datos relacionados con el paciente, hora a hora, durante 24 h

presentes en la UCI, la sala de reanimación, las unidades coronarias, los quirófanos, las salas de urgencia y los posoperatorios.

Constantes vitales: incluyendo PVC

Balance hídrico

Analíticas y parámetros hemodinámicos.

Datos aportados por respiradores, oxigenoterapia aspiraciones traqueobronquiales, monitores cardiacos, etc.

Terapéutica.

5.3: Datos a registrar

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Temperatura

Tensión arterial

Balance hídrico:

Ingresos - Pérdidas



MURCIA 2019. P. 39:



Señale la respuesta incorrecta respecto a las gráficas:

- a. La gráfica es un documento o registro de enfermería
- b. Forma parte de la historia clínica del paciente
- c. Asegura la continuidad de los cuidados
- d. Está destinada a reflejar observaciones e intervenciones relacionadas con el paciente

GALICIA 2019. P. 78:

La TCAE maría, colabora con la enfermera en la medición de las constantes vitales. ¿Qué colores utilizará para registrarlas en la gráfica?

- a. Temperatura: Verde; Fc: Azul; Fr: Negro; TA: Rojo
- b. Temperatura: Azul; FC: Negro; FR: Rojo; TA: Verde
- c. Temperatura: Rojo; FC: Azul; FR: Negro; TA: Verde
- d. Temperatura: Rojo; FC: Negro; FR: Azul; TA: Verde