



Mi Universidad

Cuadro Sinóptico

NOMBRE DEL ALUMNO: María José Hidalgo Roblero.

TEMA: Aislamiento.

PARCIAL: I

MATERIA: Enfermería Clínica.

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre.

LICENCIATURA: Enfermería.

Aislamiento

Procedimiento para separar personas infectadas de las susceptibles, durante su periodo de transmisibilidad en lugares que permitan dar corte a la cadena de transmisión. Los aislamientos que se utiliza actualmente se basan en aplicación de barreras y precaución estándar para romper la cadena de transmisión.

Objetivo

- *interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa con el fin de prevenir contagio entre pacientes y comunidad.
- *previene y controla los brotes epidémicos de enfermedades transmitibles, disminuye el numero de epidemias y personas infectadas.
- *controla la contaminación microbiológica ambiental con fin de evitar transmisión de agentes infecciosos por esta vía.
- *racionalizar recursos humanos y materiales para atención de los pacientes.

Políticas y normas de operación

Aislamiento: tipos y problemas que presentan los pacientes sometidos a aislamiento.

- *Pacientes con precauciones estándar (Tarjeta roja). paciente sin datos de infección.
- * Pacientes con precauciones de contacto (Tarjeta amarilla). Paciente con infección por transmisión directa.
- * Pacientes con precauciones por gotas (Tarjeta verde). Paciente con infección transmisibles por gotas.
- *Pacientes con precauciones por micro gotas (Tarjeta azul). Paciente con infección transmitible por microgotas.
- *Pacientes inmunocomprometidos. (Tarjeta gris). Pacientes con alteración en el mecanismo de defensas.
- *Pacientes con precauciones por colonización de agentes multidrogo resistentes o de interés epidemiológico. (Tarjeta Naranja). Pacientes sin sintomatología clínica, presentan resultados positivos a agentes multidrogo resistentes.

Tipos de aislamiento

Aislamiento estricto o por vía aérea: se transmite a partir de partículas eliminadas por vía aérea y pueden permanecer en el aire suspendidos por largos periodos de tiempo.

Barreras: utilizar mascarilla fuera de la habitación y desechada dentro.

Aislamiento respiratorio o por gotitas: pacientes infectados por microorganismos que se transmiten en partículas mayores a 5mm que se generen cuando el paciente tose, estornuda o habla.

Barreras: *usar mascarilla al estar a menos d3e 1 m del paciente. *eliminarla dentro de la sala. * guantes y bata si hay riesgo de salpicaduras. * artículos contaminados deben ser desinfectados.

Aislamiento por contacto: evita la contaminación e infección de gérmenes a través de 2 mecanismos: *contacto directo: piel-piel.
* contacto indirecto: piel- objeto- piel.

Barreras: * uso de guantes *uso delantal. * asegúrese que la ropa no entre en contacto con áreas de riesgo después de retirar el delantal.

Aislamiento protector o inverso: protege a pacientes inmunodeprimidos, como son los trasplantados, pacientes que reciben grandes dosis de medicación, personas con leucemia, personas con leucopenia, no infectados.

Barreras: • Colocación de bata • Guantes • Gorro • Mascarilla • Botas • Depositar las ropas utilizadas en un contenedor preparado al efecto cuando se salga de la habitación.

Aislamiento entérico o digestivo: evita la diseminación a través de materias fecales y en otros casos en objetos contaminados por determinados microorganismos. • Se recomiendan habitaciones separadas si la higiene del paciente es deficiente. • Se usarán batas si el riesgo de ensuciarse es alto. • No es necesario el uso de mascarilla. • Se usarán guantes para la manipulación de objetos o sustancias contaminadas. • Lavado de manos antes y después de tocar al paciente o sustancias contaminadas. • Los materiales contaminados se desechan por el método de la doble bolsa.

Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, es una de las principales complicaciones de inmovilidad.

Epidemiología

La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación. La incidencia de UPP en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años. Los pacientes con UPP tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas.

fisiopatología

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis.

Factores que contribuyen al desarrollo de upp

Presión: fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel: debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continua.

Fricción: fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. la humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.

De pinzamiento vascular: combina los efectos de presión y fricción, por ejemplo, la posición de fowler que provoca presión y fricción en sacro.

Factores de riesgo

Fisiopatológicos:

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares.
- Déficits nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
- Déficits sensoriales: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

Derivados del tratamiento:

- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.
- Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

Situacionales:

- Falta de higiene.
- Arrugas en la ropa.
- Objetos de roce.
- Inmovilidad por dolor, fatiga.

Del entorno:

- Falta o mala utilización del material de prevención.
- Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
- Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
- Deterioro de la propia imagen de la enfermedad (12).

Valoración clínica

Valoración del paciente: Las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP. Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas

Valoración de la lesión: es necesario la valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistémico que incluya: A. Localización y número de lesiones: Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes. B. Estadio: tiene en cuenta su aspecto externo.

Cuidados de la piel: consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión. Se debe realizar: • Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos. • Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y resequedad de la piel. • Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel (baja humedad < 40% y exposición al frío). • Tratar la piel seca con agentes hidratantes. • Evitar el masaje sobre las prominencias óseas. • Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad. • Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.

Prevención

Cargas mecánicas: La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con los problemas médicos. Deben realizarse cambios posturales cada dos horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda. Si no fuera así, se debe hacer sistemáticamente cada hora.

Superficies de apoyo: A los pacientes con riesgo de desarrollar UPP debe colocársele un dispositivo de apoyo que disminuya la presión.

- Estáticas: hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.
- Dinámicas: aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado.

Los dispositivos estáticos son menos costosos y se consideran apropiados para la prevención de las UPP.

- Tocar fondo: cuando la superficie estática comprimida mide menos de 2,5 cm.

Úlceras por presión

La piel por su peso representa el órgano más grande en el cuerpo humano. Constituye del 15 al 20% de la masa corporal. Cumple con 6 funciones principales: • Homeostasis. • Endocrinológica. • Excretora. • Sensitiva. • Inmunitaria. • Barrera mecánica, de permeabilidad y ultravioleta

epidermis

Epitelio estratificado plano, ubicado superior a la membrana basal. Esta capa se renueva constantemente gracias al balance entre la proliferación de las células basales y la diferenciación

Dermis

Ubicada inferior a la membrana basal. Se compone de 2 capas: • Dermis papilar: Contiene una alta densidad de fibroblastos, además de una densa y delgada malla de fibras de colágeno dispuestas al azar. Ubicada debajo de la membrana basal. • Dermis reticular: Contiene una baja densidad celular y una malla gruesa y organizada de fibras de colágeno, es la capa más grande de la dermis y se ubica profundo a la dermis papilar. Las fibras de colágeno forman las líneas regulares de tensión de la piel, denominadas líneas de Langer, cuando las incisiones cutáneas son paralelas estas líneas dejan cicatrices menos prominentes.

Concepto de herida según la OMS

Perdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico. Producida una herida, acontece un conjunto de procesos biológicos que utiliza el organismo para recuperar su integridad y arquitectura, que se conocen como proceso de cicatrización.

Heridas

Según naturaleza causal de la lesión: según la profundidad de la lesión hay diversos tipos de heridas y se clasifican en: incisión, cizallamiento o desaceleración, contusión, quemaduras, ulceración, mordeduras.

Según contaminación: En toda cirugía se producen herida quirúrgica. En los pacientes que desarrollan una infección de herida quirúrgica pueden tener necesidad de curaciones, antibióticos, lo cual implica un posible alargamiento de la estadía postoperatoria o tratamientos crónicos.

Clasificación

Según temporalidad: podemos clasificar las heridas, según su temporalidad, en aguda, subaguda y crónica teniendo como límites las 6 horas y los 5 días de evolución, aunque dependiendo de la bibliografía de referencia pueden variar los rangos de tiempo. • Aguda: < 6 horas de evolución, son potencialmente estériles. • Subaguda: > 6 horas, pero < 5 días de evolución, puede ser colonizada, a menos que se tomen determinadas medidas de limpieza. • Crónica: > 5 días de evolución, se considera colonizada por bacterias.

Según profundidad: De acuerdo al grado de penetración de una solución de continuidad, implicando en su recorrido estructuras desde la epidermis hasta el compartimiento muscular, las heridas se pueden clasificar según su profundidad. Hay 6 tipos de heridas: excoriación, superficial, profunda, penetrante, perforante, empalamiento.

