



**Mi Universidad**

**Reporte de práctica**

*Nombre del Alumno: Anyeli Guadalupe Ordoñez Lopez*

*Nombre del tema: reporte de práctica*

*Parcial: 4to parcial*

*Nombre de la Materia: Enfermería del niño y del adolescente*

*Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 7mo Cuatrimestre*

*Lugar y Fecha de elaboración*

*Comitán de Domínguez, Chis. A 03/12/22*

## Practica 1: Amortajamiento

**Introducción:** El amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función, movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a los enfermeras (os). El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuario.

**Justificación:** La enfermería en los servicios de hospitalización se enfrenta en muchas ocasiones a una urgencia y emergencias cuyo desenlace es fatal, con el consecuente fallecimiento del paciente.

**Objetivo:** Preparar un cadáver para su inhumación o cremación, poder participar en la elaboración del duelo de los familiares en el menor tiempo y dolor posible. Proporcionar los cuidados de un paciente después de la muerte, cualesquiera que sean los procedimientos establecidos, la enfermera debe tratarlos con dignidad y respeto.

**Tema:** Enfermería pasa por un proceso de formación, en el cual adquiere conocimientos, habilidades, técnicas nuevas, y muchas experiencias; y con el paso del tiempo se va realizando en el ámbito de interés y así mismo forjando el carácter que adquiere en su ámbito laboral.

Todo el personal de salud pasa por el mismo proceso con la diferencia de que él se enfrenta a un proceso doble como es el de la muerte, y al decir doble me refiero a que no solo queda la impresión de la muerte como profesional que en ese momento es sino también como persona.

Antes de trasladar al tanatorio o a las instalaciones de la funeraria, un paciente fallecido necesita cuidados que deberá brindar el cuidador profesional, un funerario o la persona apropiada identificada por las creencias espirituales del difunto, A estos cuidados también se les conoce como cuidados postmortem.

**Técnica:**

- Informar al médico que confirme y verifique el fallecimiento se debe de iniciar la preparación del cadáver si no ha sido examinado por el médico.
- Realizar pruebas que certifiquen la defunción (EKG).
- El facultativo informara a los familiares del fallecimiento y de los trámites a seguir, incluyendo la opción de dejar un tiempo prudencial para despedirse de su fallecido en el servicio y si la familia lo solicita avisar a su representante de su religión.
- Se informara de las salas específicas donde esperara el traslado de su familiar y se le ofrecerá en todo momento el apoyo necesario, (apoyo psicológico).
- Se debe preparar el cuerpo con el máximo respeto y la mayor intimidad del fallecido, (con biombo, cortinas).
- Informar a la enfermera a cargo o al personal del turno o en el hogar del paciente ayudar al cuidador a establecer en contacto con la funeraria
- Reunir y preparar el equipo para asegurarse de que se dispone en todo el equipo y material.
- Retirar toda la ropa de la cama superior dejando una sábana para cubrir al difunto y permitir el acceso fácil del cuerpo.

- Dejar el cuerpo acostado, mirando así arriba, con las extremidades y brazos en una posición natural a los lados. El rigor mortis aparece 2-4 h 52 después del deceso; después de este periodo es difícil colocar el cuerpo en posición.
- Retirar cualquier equipo de enfermería o médico para reducir el aspecto clínico de la habitación. (Rosales, Reyes, 2009:456)

#### Técnica de amortajamiento

- Preparación de los profesionales con material. El profesional debe ponerse bata desechable, guantes, gorro, mascarilla.
- Colocar el cuerpo en decúbito supino con la cama en posición horizontal, los brazos a ambos lados del cuerpo y tobillos juntos, para que no se produzcan deformidades en la cara y en el cuerpo.
- Cerrar los ojos bajando los párpados superiores.
- Retirar sondas, vías, y drenajes colocar apósitos secos en cualquier herida o puntos de drenaje. En caso de grandes incisiones se sutura con seda.
- En caso de salida de líquidos corporales con orificios, se puede taponear las zonas que lo requieran con algodón.
- Lavar el cuerpo y secarlo.
- Si el fallecido utilizaba dentadura postiza u otro tipo de prótesis, si es posible se puede colocar.
- Sellar los labios con aerosol de película plástica para evitar que la boca se quede abierta. En caso de necesidad se puede sujetar la mandíbula con una venda elástica.
- Aspirar secreciones si fuera necesario es aconsejable retirar traqueostomía o SNG para evitar reflujos.
- Envolver el cuerpo extendiendo una sábana limpia sobre la cama en forma de pico, semejando a un rombo. Volver a colocar el cadáver en posición decúbito supino centrado.
- Doblar el pico superior de la sabana a modo de toca, sobre la frente del cadáver, asegurando el doble, a nivel del cuello con tela adhesiva.
- Envolver el tórax, posteriormente el abdomen y por último las extremidades inferiores. Asegurar con tela adhesiva.
- Se debe procurar que el pico de la sabana que permanece encima sea siempre el mismo. La mortaja con las menos arrugas posibles.
- Con tela adhesiva fijar la sabana alrededor del tobillo.
- Colocar una identificación sobre el tórax del cadáver en donde contenga su nombre con apellidos, patología, nombre del médico, fecha y hora de su muerte.
- Guardar sus pertenencias en una bolsa identificativa para entregar a los familiares procurando que esté presente otra persona del equipo.
- Registrar en el registro de enfermería la hora de su muerte, así como todos los procedimientos que se realizaron al fallecido antes y su causa de su muerte.
- Avisar al celador siguiendo los trámites burocráticos para realizar el traslado al servicio del velatorio.
- Registrar su baja del fallecido en la unidad y en el reto de los servicios vinculados con el fallecido.

- Limpieza y desinfección del área del fallecido. (Rosales, Reyes, 2009:459). Institución. En una institución se describe el amortajamiento de la siguiente manera.
- Envolver el cuerpo en la sabana, asegurándose de que quede completamente cubierto, y fijar la sabana con una cinta adhesiva o con vendaje de gasa para evitar la exposición del difunto durante su traslado a la funeraria.
- Adherir una tarjeta de identificación o la tarjeta de notificación del deceso en la sabana utilizando cinta adhesiva, para facilitar la identificación ulterior.
- Si hay riesgo de infección, el cuerpo puede colocarse en una bolsa para cadáveres. La bolsa se etiqueta con la frase “peligro de infección” más el nombre de la infección. 55
- Enumerar la ropa del paciente, creando así un recibo para uso ulterior.
- Colocar a la ropa y las pertenencias del paciente en un lugar seguro para garantizar que se resguarden con seguridad hasta que las recojan los familiares.
- Desechar el equipo y el material con seguridad para reducir cualquier riesgo sanitario.
- Informar al camillero de que el cuerpo ya está listo para que lo recojan: esto permitirá que el cuerpo se enfríe lo antes posible tras el deceso y de esta manera se ralentizara el proceso de descomposición.
- Ala llegada del camillero con las camillas del mortuario, debe garantizarse la privacidad de los demás pacientes para tratar de evitar la angustia adicional.
- A otros pacientes se les informar amable y honestamente de que el paciente ha fallecido y se les brindara el apoyo necesario.
- Documentar de forma apropiada el procediendo de enfermería para obtener un registro por escrito de los cuidados que se le brindaron.

Evidencias:



## Tema 2: Curación de heridas

**Introducción:** Al enfrentar el tratamiento de una herida o úlcera es fundamental tener conocimientos básicos sobre; manejo de las heridas, apósitos, coberturas, cintas quirúrgicas y vendajes.

La aplicación de estos conocimientos permitirá lograr una cicatrización permanente, funcional y estética, al facilitar el proceso fisiológico y prevenir o eliminar los factores locales, sistémicos o externos que lo alteran, contribuyendo así al bienestar físico y mental del paciente durante todo el periodo que dure el proceso de curación.

**Justificación:** En la última década se han objetivado mejores resultados en el tratamiento de las heridas o úlceras, frutos de una nueva visión de su epidemiología y de un mayor conocimiento y comprensión de los mecanismos fisiológicos y fisiopatológicos que intervienen en el proceso de cicatrización. A

esto ha contribuido la aparición de mejores materiales, dispositivos, apósitos y técnicas adecuadas.

Además de lo habitual del área de hospitalizado, en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital San Juan de Dios de Los Andes (HOSLA), progresivamente se ha creado el policlínico de curaciones avanzadas a cargo de profesionales de enfermería, los cuales prestan atención a usuarios con quemaduras, úlceras de difícil manejo y pie diabético lo que hace imprescindible estandarizar el funcionamiento de las actividades que aquí se realizan.

#### Objetivo:

Estandarizar las técnicas de curación simple y avanzadas de usuarios con heridas con el fin de entregar atención de calidad y permitir la continuidad de la atención del usuario y su familia. Con ello se busca, entre otros. Lograr que los profesionales de enfermería y personal Técnico Paramédico con funciones delegadas, realicen curaciones estandarizadas y sus registros correspondientes.

Tema: Al enfrentar el tratamiento de una herida o úlcera es fundamental tener conocimientos básicos sobre; manejo de las heridas, apósitos, coberturas, cintas quirúrgicas y vendajes.

La aplicación de estos conocimientos permitirá lograr una cicatrización permanente, funcional y estética, al facilitar el proceso fisiológico y prevenir o eliminar los factores locales, sistémicos o externos que lo alteran, contribuyendo así al bienestar físico y mental del paciente durante todo el periodo que dure el proceso de curación.

En la última década se han objetivado mejores resultados en el tratamiento de las heridas o úlceras, frutos de una nueva visión de su epidemiología y de un mayor conocimiento y comprensión de los mecanismos fisiológicos y fisiopatológicos que intervienen en el proceso de cicatrización. A esto ha contribuido la aparición de mejores materiales, dispositivos, apósitos y técnicas adecuadas.

Además de lo habitual del área de hospitalizado, progresivamente se ha creado el policlínico de curaciones avanzadas a cargo de profesionales de enfermería, los cuales prestan atención a usuarios con quemaduras, úlceras de difícil manejo y pie diabético lo que hace imprescindible estandarizar el funcionamiento de las actividades que aquí se realizan.

#### Técnica:

- Comprobar que el carro de curación está limpio y repuesto con todo el material necesario
- Aportar el material no habitual del carro, si fuese necesaria la utilización de éste.
- Lávese las manos
- Compruebe la presencia del brazalete de identificación, y verifique los datos que registra en paciente hospitalizado
- Coloque al paciente en la posición adecuada. Retire el apósito.
- Abrir equipo de curación con técnica aséptica
- Colocar guantes estériles en extracción de puntos, sospecha de infección, herida infectada.
- Limpie la herida con Solución Fisiológica o Suero Ringer, siempre desde el centro hacia el exterior, retirando restos orgánicos desde lo más limpio a lo más sucio.
- Mantenga la punta de la pinza hacia abajo para evitar contaminación.
- Valore las condiciones de la herida: observación de suturas, coloración de la piel, palpación de la herida, integridad de la piel circundante, presencia de exudado, sangre.
- Realice técnica de arrastre mecánico con tórula empapadas con solución fisiológica con un solo movimiento.

- Seque con gasas estériles si es necesario.
- Coloque el apósito adecuado al tamaño de la herida: 2 a 3 centímetros más grande que el borde de la herida.
- Fije bien el apósito con tela adecuada a la piel del paciente
- Recoja el material utilizado, deposítelo en área sucia luego de una ligera descontaminación antes de ser recogido por esterilización.
- Lávese las manos
- Registre

Evidencias:



**Figura 1.** Pasos para la colocación del apósito del sistema V.A.C.® (reproducido con autorización).

### Tema 3: DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS:

Introducción: Es el procedimiento mediante el cual se obtienen, concentraciones y dosis requeridas de medicamentos a través de fórmulas matemáticas.

Justificación: Dosificación/Dilución de medicamentos Explicación: La regla de tres es el procedimiento que se realiza para obtener la dosificación indicada en forma exacta, aún en cantidades muy pequeñas, y así evitar reacciones adversas por concentración del fármaco. Primero, debes calcular de forma exacta y precisa la dilución del fármaco prescrito. Segundo, obtener la dosis exacta en gramos (g), miligramos (mg) y microgramos ( $\mu\text{g}$ ). Y, por último, debes obtener la acción farmacológica efectiva mediante una dilución adecuada. También, debemos saber, ¿Qué es la dilución de medicamentos? Es el procedimiento mediante el cual se obtienen, concentraciones y dosis requeridas de medicamentos a través de fórmulas matemáticas.

#### OBJETIVOS

Realizar en forma exacta y precisa la dilución del fármaco prescrito, con la técnica ya establecida.

Obtener la dosis exacta en gramos (g), miligramos (mg) y microgramos ( $\mu\text{g}$ ).

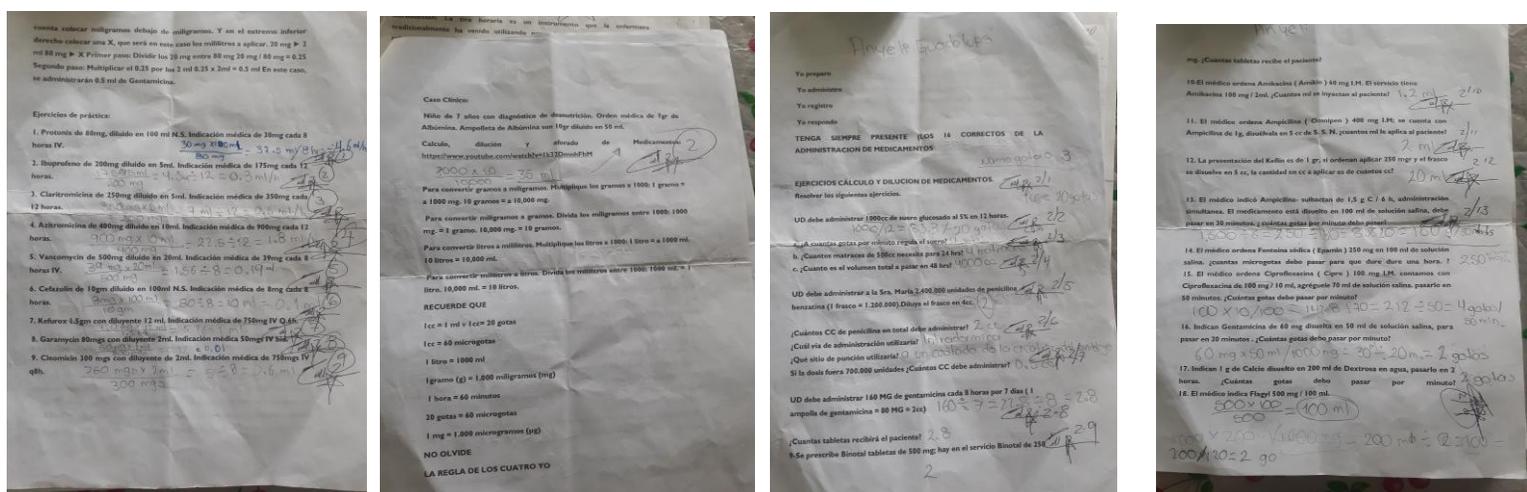
Obtener la acción farmacología selectiva y efectiva mediante una dilución adecuada.

Tema: La curación de heridas es una técnica estéril en la cual se trata de eliminar cualquier microorganismo que podría causar una infección en las superficies que están al descubierto

Técnica:

- Preparar material
- Informar al paciente del procedimiento a realizar
- Utilizar la regla de 3:  
Dosis indicada x diluyente, entre presentación.
- Utilizar la regla de los 4 yo: yo preparo, yo administro, yo registro y yo respondo.
- Registrar el procedimiento que se realizó en la hoja de enfermería.
- Mantener todo estéril, incluso después de realizar el procedimiento

Evidencias:



Tema 4: Tira horaria:

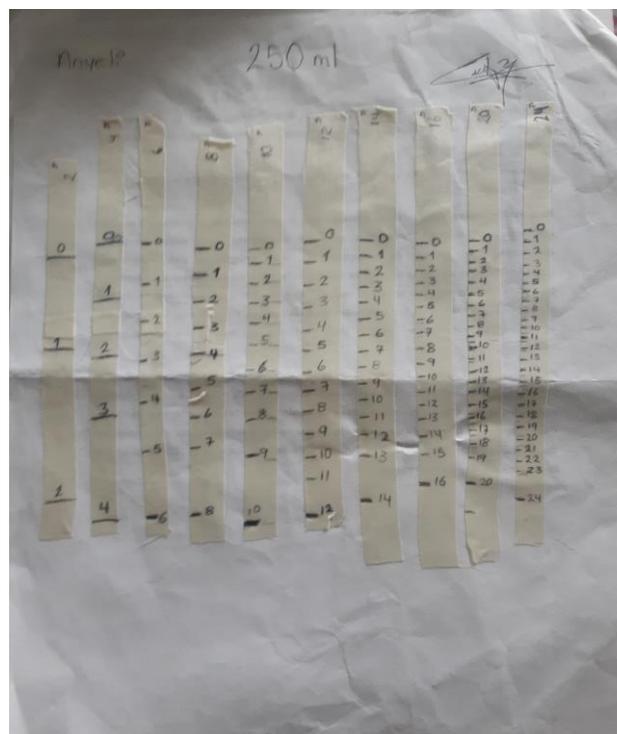
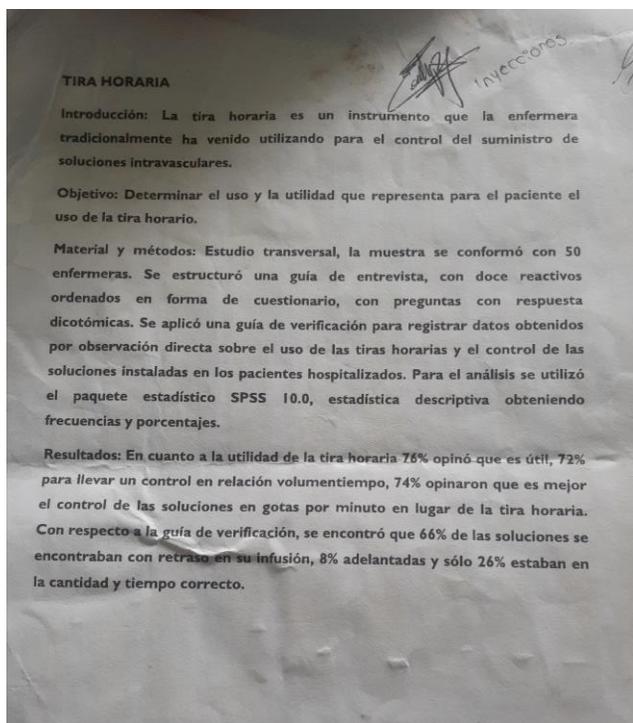
Introducción: La tira horaria es un instrumento que la enfermera tradicionalmente ha venido utilizando para el control del suministro de soluciones intravasculares.

Objetivo: Determinar el uso y la utilidad que representa para el paciente el uso de la tira horario.

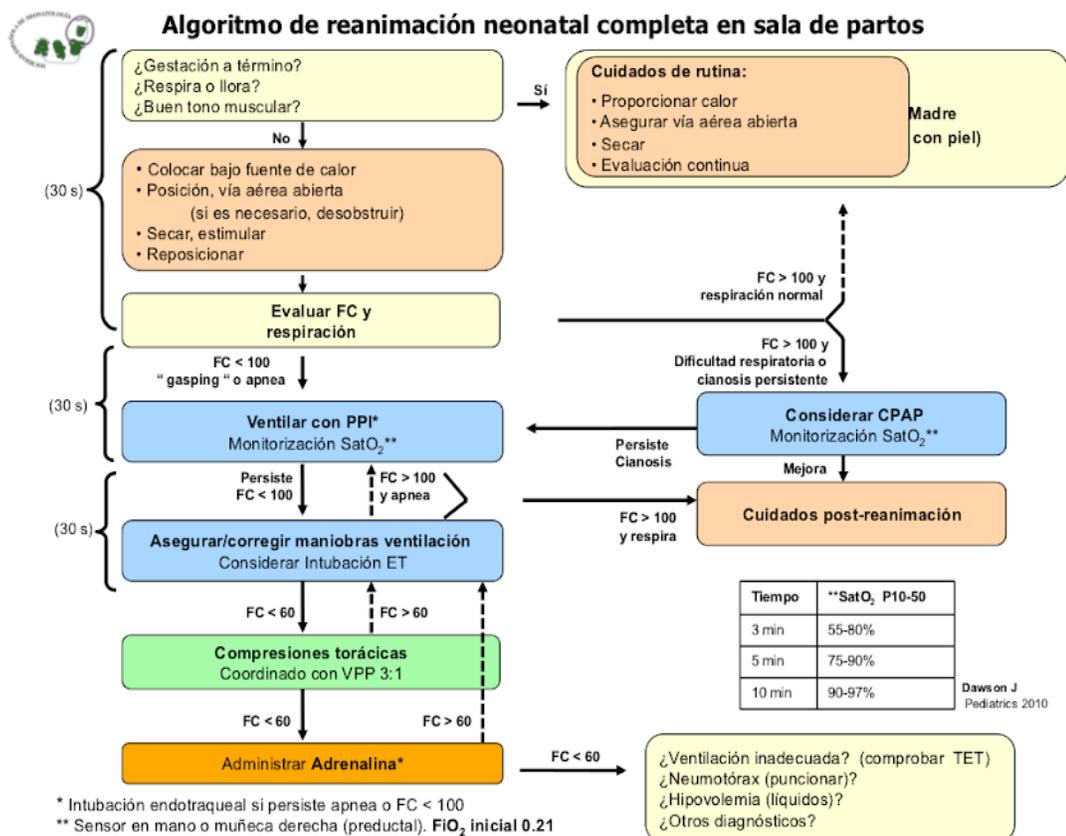
Material y métodos: Estudio transversal, la muestra se conformó con 50 enfermeras. Se estructuró una guía de entrevista, con doce reactivos ordenados en forma de cuestionario, con preguntas con respuesta dicotómicas. Se aplicó una guía de verificación para registrar datos obtenidos por observación directa sobre el uso de las tiras horarias y el control de las soluciones instaladas en los pacientes hospitalizados. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 10.0, estadística descriptiva obteniendo frecuencias y porcentajes.

Resultados: En cuanto a la utilidad de la tira horaria 76% opinó que es útil, 72% para llevar un control en relación volumentempo, 74% opinaron que es mejor el control de las soluciones en gotas por minuto en lugar de la tira horaria. Con respecto a la guía de verificación, se encontró que 66% de las soluciones se encontraban con retraso en su infusión, 8% adelantadas y sólo 26% estaban en la cantidad y tiempo correcto.

Evidencias:



## Tema 5: Rcp Neonatal



Tema 6: Vacunación:

## PUNTOS CLAVE

El acto de la vacunación (los preparativos, la vacunación propiamente dicha y los cuidados posteriores) es un elemento clave en las prácticas vacunales para asegurar la mayor eficacia y seguridad de las vacunas.

### - ANTES DE LA VACUNACIÓN; PREPARATIVOS Y PROCEDIMIENTOS ANTES DE VACUNAR A UN NIÑO

Preparación de la medicación y material para responder ante una posible reacción adversa inmediata (lipotimia, síncope, anafilaxia):

Adrenalina 1/1000 (ampollas de 1 mg/ml); jeringas y agujas.

Protocolos actualizados accesibles y profesionales entrenados en su aplicación.

Cadena de frío; transporte, almacenamiento y manipulación de las vacunas. Listado de comprobación (al menos, una única vez al comienzo de la jornada).

Información y consentimiento. Los padres deben recibir información completa y entendible sobre las vacunas y expresar verbalmente la aceptación de las vacunaciones propuestas. En el caso de los programas de vacunación en los centros escolares, la información y el consentimiento deben ser por escrito.

Cribado prevacunación (anamnesis). Uso de un listado de comprobación para la detección de contraindicaciones y otras situaciones especiales.

Conocer las contraindicaciones, precauciones y falsas contraindicaciones de las vacunas.

Revisión del historial vacunal y conocer las pautas de vacunación de rescate (calendarios acelerados).

Registros adecuados antes de proceder a la vacunación.

Manejo de los errores más frecuentes en la administración de las vacunas.

### DURANTE EL ACTO DE LA VACUNACIÓN

Protección de la enfermera en el uso y manipulación de objetos punzantes como jeringas y agujas.

Material y equipo necesario. Fármacos y equipos necesarios para la vacunación y para atender posibles reacciones adversas inmediatas.

Preparando la vacunación: higiene de manos, no utilización de guantes con excepciones, comprobación de las vacunas a administrar.

Vías, puntos de administración, técnicas de administración y tipos de agujas.

Técnicas de relajación, distracción y sujeción del niño (para minimizar el dolor).

Administración de múltiples vacunas en el mismo acto vacunal.

Incidencias durante la administración de las vacunas: interrupción de la vacunación.

#### - DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN

Cuidados inmediatos; observación en la sala de espera para detectar posibles reacciones adversas inmediatas.

Manejo de los efectos adversos leves y graves; farmacovigilancia.

#### INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Los padres deben:

Recibir información completa y entendible (verbal u, opcionalmente, escrita) sobre las vacunas que pueden recibir sus hijos, incluyendo a todas las vacunas autorizadas e indicadas, estén o no financiadas por el SNS; la información debe incluir los beneficios y riesgos de la vacunación, así como de la no vacunación, los efectos secundarios frecuentes o infrecuentes y cómo actuar ante ellos.

Tener la oportunidad de expresar dudas y pedir información complementaria.

Expresar verbalmente la aceptación de las vacunaciones propuestas. Esto es exigible en todas y cada una de las vacunaciones de un niño, no solo en el primer encuentro vacunal.

Esta información deberá ofrecerse en cada acto vacunal.

Se entiende que una persona informada que acude expresamente a una consulta de vacunación y no expone objeciones acepta formalmente y consiente la intervención propuesta a los efectos legales aplicables al caso.

En el caso de los niños mayores (al menos los de 12 o más años), también deben recibir información (adaptada a su edad) y tener la oportunidad de expresar dudas y pedir aclaraciones. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años, no cabe prestar el consentimiento por representación

Si bien el consentimiento debe ser verbal, la enfermera debe dejar constancia escrita de lo antedicho en la historia clínica del paciente. Se propone una fórmula similar a: "El padre / La madre / Los padres (y el chico-en su caso-) acepta/n la vacunación propuesta, tras recibir información y aclarar todas las dudas".

#### A MANERA DE REPASO

INTRAMUSCULAR ANGULO DE 90

INTRADERMICA ANGULO DE 45

SUBDERMICA ANGULO DE 15

## Tema 7: ELECTROCARDIOGRAMA

Gráfico en el que se registran los movimientos del corazón y es obtenido por un electrocardiógrafo.

Un electrocardiograma (ECG) es un procedimiento simple e indoloro que mide la actividad eléctrica del corazón. Cada vez que el corazón late, una señal eléctrica circula a través de él. Un electrocardiograma muestra si su corazón está latiendo a un ritmo y con una fuerza normal

¿Qué enfermedades se detectan en un electrocardiograma?

Angina de pecho.

Arritmias cardíacas.

Arteriosclerosis.

Enfermedades valvulares.

Infarto de miocardio.

Insuficiencia cardíaca.

Miocardiopatías.

Pericarditis.

Los Electrodo del Electrocardiograma (EKG o ECG) son los dispositivos que ponen en contacto al paciente con el electrocardiógrafo. A través de ellos se obtiene la información eléctrica para la impresión y el análisis del Electrocardiograma.

Para realizar un Electrocardiograma estándar se colocan 10 electrodos divididos en dos grupos: Los Electrodo Periféricos y los Electrodo Precordiales.

De los datos aportados por ellos se obtienen las 12 derivaciones del EKG.

Cuando se realiza un Electrocardiograma es imprescindible conocer con rigurosidad la ubicación de los electrodos en el paciente.

Un cambio de localización de un electrodo podría provocar, desde pequeñas variaciones en la morfología del QRS, hasta graves errores diagnósticos.

Ubicación de los Electrodo del EKG

Electrodo Periféricos

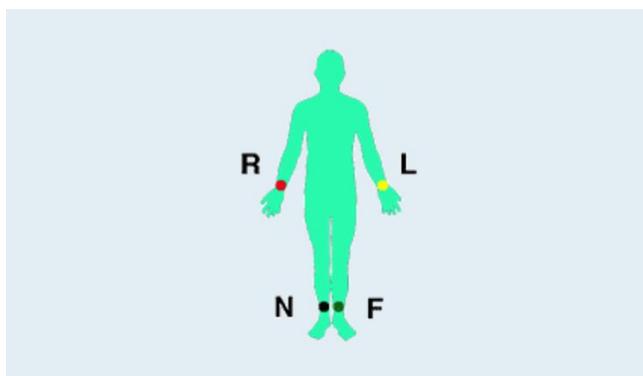
Los Electrodo Periféricos son cuatro y van colocados en las extremidades del paciente. Normalmente se diferencian con un color distinto para cada uno.

R: Brazo derecho (Right), evitando prominencias óseas.

L: Brazo izquierdo (Left), evitando prominencias óseas.

F: Pierna izquierda (Foot), evitando prominencias óseas.

N: Pierna derecha, es el neutro (N).



Si el paciente tuviese alguna extremidad amputada, el electrodo correspondiente se colocará en el muñón de dicha extremidad, o en su defecto, en la región del torso más cercana (hombros o región abdominal inferior).

### Electrodos Precordiales

Los electrodos precordiales son seis y van colocados en la región precordial.

V1: En el cuarto espacio intercostal, en el borde derecho del esternón.

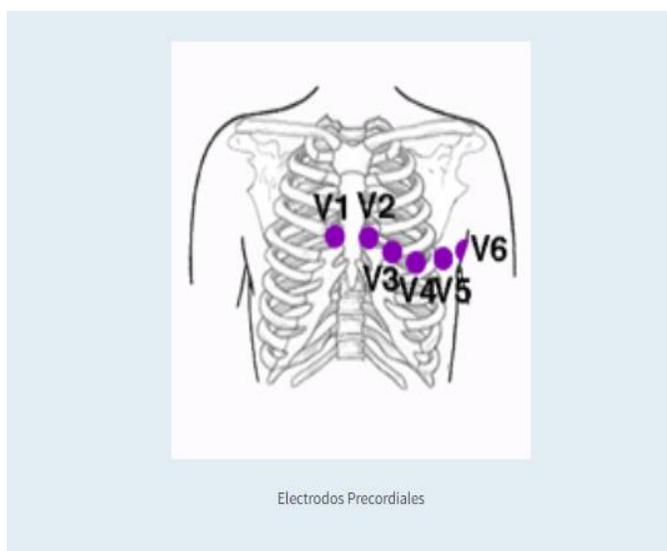
V2: En el cuarto espacio intercostal, en el borde izquierdo del esternón.

V3: A la mitad de distancia entre los electrodos V2 y V4.

V4: En el quinto espacio intercostal en la línea medio-clavicular (línea que baja perpendicularmente desde el punto medio de la clavícula).

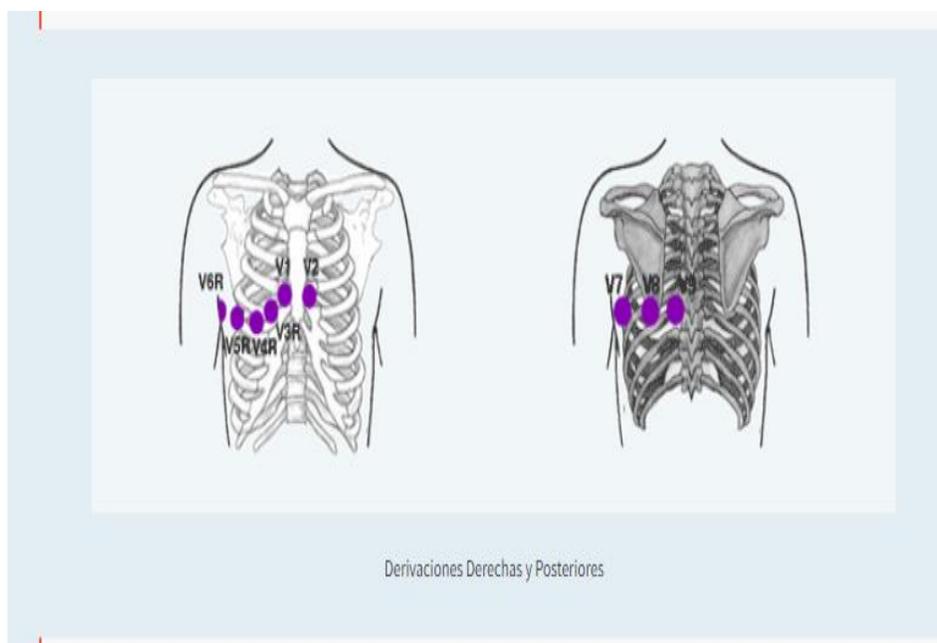
V5: En la misma línea horizontal que el electrodo V4, pero en la línea axilar anterior (línea que baja perpendicularmente desde el punto medio entre el centro de la clavícula y su extremo lateral).

V6: En la misma línea horizontal que los electrodos V4 y V5, pero en la línea medio axilar (línea que baja perpendicularmente desde el centro de la axila).



En determinados pacientes y ante la sospecha de Infarto Posterior o de Ventrículo Derecho, es recomendable colocar los electrodos en posiciones distintas a las descritas, para poder obtener las Derivaciones Derechas y Posteriores.

No confundir los electrodos con las derivaciones cardíacas.



Los electrodos son los dispositivos que colocamos al paciente y las derivaciones son el registro de la actividad eléctrica en el Electrocardiograma.

Evidencias:



Tema 8: Ferulas y vendajes:

El sistema músculo-esquelético proporciona apoyo y movilidad al organismo. Está formado por huesos que contactan entre sí por articulaciones, manteniéndose unidos por manguitos cápsulo-ligamentosos y músculos que además dan movilidad al sistema. En las lesiones traumáticas de los miembros distinguimos: Fracturas: se produce pérdida de continuidad en el tejido óseo. Luxaciones: lesiones propias de las articulaciones, se parándose en mayor o menor medida los extremos de los huesos que se articulan. Contusiones: lesiones propias de los tejidos blandos (músculo-tendinoso, nervioso y piel). El tratamiento de estas lesiones puede ser quirúrgico u ortopédico. La ortopedia es la técnica que busca corregir o evitar las deformidades del cuerpo humano mediante vendajes, inmovilizaciones y otros aparatos denominados ortesis. Podemos definir inmovilización como el conjunto de técnicas destinadas a conseguir de modo temporal o permanente, la supresión parcial o total de todos los movimientos de un miembro o zona corporal.

Vendajes:

Procedimiento o técnica consistente en envolver una parte del cuerpo cubriendo lesiones cutáneas e inmovilizando lesiones osteoarticulares con el objetivo de aliviar el dolor y proporcionar el reposo necesario para favorecer la cicatrización de los tejidos. Indicaciones de los vendajes · Fijar apósitos y medicamentos tópicos.

- Limitar el movimiento de la parte afectada, minimizando el dolor.
- Fijar férulas, impidiendo que se desplacen.
- Comprimir adecuadamente una zona corporal para controlar la inflamación y el edema.
- Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Fijar en su sitio los aparatos de tracción.
- Favorecer el retorno venoso.
- Moldear zonas del cuerpo (muñones de amputación).
- Proteger la piel como prevención de lesiones.
- Contener una hemorragia.

#### Inmovilización con yeso cerrado:

Consiste en realizar una inmovilización con venda de yeso que circunda la extremidad lesionada completamente. Indicaciones: - Fracturas y fisuras óseas en las que no existe desplazamiento. Es una inmovilización total de una articulación o segmento óseo con el que conseguimos un efecto analgésico ya que el movimiento provoca irritación de las terminaciones nerviosas en la zona inflamada. También se consigue una reducción de la respuesta inflamatoria.

- Como complemento de una intervención quirúrgica. Por ejemplo, para el mantenimiento de una corrección quirúrgica. Técnica de colocación de un yeso cerrado Utilizaremos la misma técnica descrita para la colocación de la férula de yeso(ver página 66), hasta la colocación de la venda de papel; insistiremos en un correcto almohadillado para evitar úlceras por presión en prominencias óseas, aunque hay que tener en cuenta que un almohadillado excesivo reduce el grado de inmovilización. Entre la venda de algodón y la venda de papel, resulta conveniente colocar una tira de persiana para que la retirada posterior del yeso resulte más fácil.

#### Evidencias:



## Tema 8: Fomento a la salud: vacunacion

La vacunación ha eliminado o reducido significativamente la frecuencia de muchas enfermedades infecto-contagiosas. Las diferentes sociedades han logrado con la modernización de los esquemas de vacunación, reducir la frecuencia de enfermedades infecciosas y le han transferido a la vacunación un rol primordial como factor de desarrollo social. Los esquemas nacionales de vacunación amplios, eliminan diferencias odiosas establecidas por el acceso a inmunizaciones basado en la capacidad económica de las familias. Una nueva visión de la vacunación es considerarla como un factor de promoción social y de reducción de pobreza. El esquema y las políticas de vacunación de un país deben ser procesos dinámicos, que evolucionan con la tecnología y la realidad de salud de la sociedad a la que sirven. La decisión sobre la introducción de nuevas vacunas o la modernización del esquema debe ser tomada por un equipo técnico y apoyada por un nivel político que percibe la vacunación como costo efectiva y como factor de promoción social. El sistema inmune responde con diferentes mecanismos a los antígenos de las vacunas, con intervención del linfocito T (respuesta T dependiente) que garantiza una memoria inmunológica a largo plazo o con intervención solamente del linfocito B (respuesta T independiente) con memoria inmunológica limitada. La respuesta puede ser basada en anticuerpos o en anticuerpos y citotoxicidad; se puede desarrollar una respuesta sistémica donde inmunoglobulina G es el anticuerpo fundamental o local donde es inmunoglobulina A (pej. la respuesta a la vacuna de virus vivos de polio) (1,2,3). Este número de Acta Pediátrica Costarricense (APC), dedicado a la vacunación, tiene como objetivos: replantear el esquema completo de inmunizaciones para Costa Rica en diferentes grupos de edad (4), aportar información que permita al personal de salud tomar decisiones acertadas, revisar las vacunas de introducción reciente, resumir información farmacológica de las vacunas disponibles en Costa Rica y recolectar los documentos legales importantes en relación con vacunación. Esquemas de vacunación Niños y niñas de 0-4 años En el cuadro 1 se presenta el esquema de vacunación para el grupo de edad de 0 a 4 años. El esquema básico de 0 a 6 meses incluye vacunas para prevenir tuberculosis, hepatitis B, difteria-tosferina-tétanos, polio, Haemophilus influenzae b, Streptococcus pneumoniae, rotavirus e influenza. El esquema se completa entre los 12 meses y 4 años de edad, con los refuerzos para el esquema básico y las vacunas para prevenir: varicela, sarampión-rubéola-paperas y hepatitis A. El equipo de salud debe manejar el esquema según las edades indicadas para aplicar cada vacuna, las dosis, los sitios de aplicación, las contraindicaciones y los posibles efectos adversos

Vacunación en situaciones especiales Recién nacido de pretérmino y/o de bajo peso al nacer Deben recibir todas las vacunas, a la edad cronológica recomendada y en las dosis indicadas para los niños (as) de término y peso adecuado al nacer. Se debe mantener la cara anterolateral del muslo como sitio de aplicación. En este grupo de niños (as) la inmunogenicidad a algunas vacunas puede estar reducida, pero las concentraciones de anticuerpos por lo general son protectoras. Consideraciones individuales se aplican a los casos que tienen condiciones médicas específicas (25). El prematuro es un grupo de recién nacidos de consideración especial cuando se aplica la estrategia de inmunización con vacuna contra VHB. Los prematuros que inician la inmunización al nacer seroconvierten (muestran anticuerpos contra el AgSVHB) en 88-97% de los casos después de 3 dosis de vacuna. Sin embargo, si este grupo se analiza en el extremo inferior de peso al nacer (2000 gr seroconvierte 91% y si son de término el 100%. Casos con edad gestacional de 23-36 semanas con vacunación al egreso hospitalario o a los 1-3 meses de edad seroconvierten 90-100%, igual que recién nacidos de término después de tres dosis.

## Tema 10: Suturas:

La sutura ideal es aquella que se maneja fácilmente y forma nudos seguros, causa inflamación mínima de los tejidos y no promueve la infección. Además, se estira y se acomoda según el edema.

Las suturas funcionan primordialmente manteniendo una herida cerrada y promueven la cicatrización durante el tiempo en que es más vulnerable. El proceso puede ser afectado por la cantidad de material de sutura utilizado, el tipo de sutura, la técnica usada y la tensión ejercida sobre ésta. Este proceso de cicatrización ha sido dividido en 3 etapas: 1 fase inicial (días 0-5Q) donde la fuerza tensil de la cicatriz es mínima; 2. fase de fibroplasia, (días 5e-14°) donde ocurre un rápido incremento en la fuerza tensil y 3. fase de maduración (día 14 hasta el final de la cicatrización) donde hay remodelación del tejido conectivo. Un aspecto importante es que solamente el 7% de la fuerza tensil final de la herida se adquiere a las 2 semanas, y la fuerza óptima nunca llega a más de un 80% de la resistencia de la piel intacta<sup>1</sup>. Propiedades La sutura ideal debería amoldarse a todas las circunstancias. Características importantes incluyen el manejo fácil, la posibilidad de formar nudos seguros, y una alta fuerza tensil. Es más, debería ser capaz de estirarse para acomodarse al edema y luego encogerse hasta su longitud visible y razonablemente económica. Seda. Su materia prima son los filamentos protéicos naturales creados por la larva del gusano de seda (*Bombyx mori*), originario de la China y que pertenece a la familia de los Bombycidae de los Lepidópteros, habita normalmente en el árbol de la morera cuando construye su capullo. Como la seda cruda es blanca, la quirúrgica se tiñe de negro con un colorante vegetal. La seda moderna es trenzada, suave y tal vez es el material de sutura más fácil de manejar y anudar. Desafortunadamente tiene la menor fuerza tensil de todos los materiales existentes, que disminuye progresivamente en el curso de 1 año y se absorbe al final de 2 años. Evoca una mayor respuesta inflamatoria que cualquier otra sutura a excepción del catgut. La seda además tiene una alta capilaridad, cualidad debida a su trenzamiento, y deberá ser evitada en áreas predispuestas a la infección (v.gr. extremidades distales). En cirugía cutánea, puede ser utilizada alrededor de los párpados y labios, donde permanecerá plana, dará irritación mínima y existe un potencial bajo para infección<sup>3</sup>. Algodón quirúrgico. Es extraído de fibras de celulosa natural, las cuales son retorcidas para formar un hilo y liberadas de impurezas naturales (ceras, materiales pectinosos, arena, pigmentos y material proteínico vegetal); luego se decolora para producir un hilo blanco. Es el más débil de los materiales no absorbibles comúnmente empleados, pero gana fuerza tensil al ser humedecido, lo que se realiza antes de ser empleado. Como la seda, el algodón puede ser usado en la mayoría de los tejidos del cuerpo. Una vez implantado, el algodón pierde el 50% de su fuerza tensil a los 6 meses, pero aún conserva el 30 ó 40% de su fuerza al final de dos años. Lino. Suturas fabricadas con fibras largas de lino, retorcidas, ocasionalmente son empleadas en cirugía gastrointestinal, mas no en dermatología. El diámetro de los hilos de lino no puede ser controlado adecuadamente y su fuerza tensil es inferior a la de otros materiales no absorbibles. Nylon. Usada desde 1940, es una fibra sintética de un polímero de poliamida y fue la primera sutura sintética, siendo el monofilamento no absorbible más ampliamente utilizado en cirugía cutánea. Es popular por su alta fuerza tensil, excelentes propiedades elásticas, poca reacción tisular y bajo costo. Su principal desventaja es su gran memoria, lo que obliga a realizar un alto número de nudos (3-4) para sostener el punteo en su lugar. Existen presentaciones embebidas en alcohol para disminuir su memoria y aumentar su flexibilidad. Las suturas de nylon trenzado, multifilamentosas son muy poco utilizadas en cirugía cutánea debido a su incremento en la tasa de infección. Sin embargo, el trenzado las hace más

flexibles y más fáciles de manejar. Aunque el nylon es clasificado como sutura no absorbióle, sí se degrada parcialmente por hidrólisis a una tasa muy lenta.

