



# Mi Universidad

## CUADRO SINOPTICO

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Handy Rodríguez Moreno.

**TEMA:** Introducción a la enfermería médico quirúrgico e infección nosocomial.

**PARCIAL:** I.

**MATERIA:** Enfermería medico quirúrgico.

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Rubén Eduardo Domínguez García.

**LICENCIATURA:** En enfermería.

**CUATRIMESTRE:** 5to.

# Generalidades Médico Quirúrgicas

Cuando una persona entra en un quirófano para una intervención, son muchos los profesionales que intervienen en el proceso. Uno de ellos, en concreto, es el especialista en enfermería de cuidados médico-quirúrgicos.

## Características de un enfermero en el ámbito quirúrgico.

- Saber reaccionar con rapidez y de manera inmediata ante cualquier situación.
- Mantener la concentración y ser metódico, ya que se trabaja bajo mucha presión.
- Tener un equilibrio mental, emocional y profesional que le permita afrontar cualquier situación de emergencia, ya sea en la sala de operaciones o en cualquier departamento.
- Pasión e interés por la tecnología, la ciencia y la salud.

- Habilidades prácticas necesarias para la utilización de instrumentos pequeños y delicados.
- Debe ser una buena persona, agradable, amistosa y saber dar soporte a los pacientes para que estén tranquilos y no angustiados. Además, tiene que ser paciente, comprensivo, tolerante y respetuoso.

## Funciones de la enfermera quirúrgica

Ayuda al resto de profesionales y prepara al paciente, pero lo cierto es que su amplio de actuación es mucho más extenso.

### La enfermera/o instrumentista.

Las competencias fundamentales que debe reunir quien realice este papel dentro del quirófano son la capacidad de reacción y priorización ante una situación crítica o urgente que aparezca una vez iniciada la intervención.

F  
U  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

- Asistir al cirujano/a durante la operación pasando el instrumental u otro equipo de forma pre-establecida y segura. La mesa de instrumental debe permanecer ordenada y prolija, de forma que los materiales puedan ser tomados con rapidez y eficacia. Observando el curso de la intervención y conociendo de antemano las fases de la misma, podrá anticiparse a los requerimientos del cirujano.
- Puede participar como primer o segundo ayudante cuando el cirujano y la situación así lo requieran, separando tejido, cortando suturas, secando sangrado o lavando la herida. Una enfermera instrumentista no debe clampar ni cortar tejido, por el riesgo y la responsabilidad que estas actuaciones conllevan.
- Participa en el recuento de gasas e instrumental y agujas. Cuenta los instrumentos antes, durante y después de la intervención, para asegurarse que no se han quedado en el interior del campo quirúrgico. Esta actividad se especificará más adelante y debe ser realizada de forma sistemática y en colaboración con la enfermera circulante.
- Durante la cirugía debe garantizar la asepsia en el campo estéril y en la mesa de instrumentación, y recibir y manipular con cuidado las muestras obtenidas asegurando su identificación en el caso de ser más de una.

### La enfermera/o circulante.

Las competencias que debe reunir son similares a las de su compañera/o instrumentista, aunque en esta ocasión será quien esté pendiente de las necesidades del resto del equipo y no solamente de las de los cirujanos, sino de las de su compañera y también del anestesista. Es por tanto una figura clave con una gran responsabilidad.

F  
U  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

- Abre el material esterilizado antes del procedimiento y durante él.
- Ayuda a colocar al paciente en la mesa de operaciones. Si es preciso, realiza el rasurado previo a la intervención, o el pintado de la piel con el antiséptico.
- Asiste al anestesista cuando este lo precisa, principalmente durante la inducción e instauración de la anestesia, y en el despertar de la misma.
- Participa en el recuento de gasas, agujas e instrumental junto con su compañera instrumentista.
- Recibe del personal lavado los extremos de cánulas de aspiración, cables eléctricos y otros equipos que deben ser conectados a dispositivos externos no esterilizados.

## Funciones de la enfermera quirúrgica

### La auxiliar de enfermería.

En general, la auxiliar de enfermería trabaja junto con la enfermera circulante, siendo muy oportuna su presencia en el interior del quirófano en los primeros momentos de la intervención, en la colocación del paciente, inducción anestésica, e inicio de la cirugía.

### F U N C I O N E S

- Ayuda a la circulante a vestir al equipo quirúrgico, a abrir los materiales estériles, a conectar los equipos, etc.
- La auxiliar de enfermería es quien prepara el instrumental y el material lavándolo y envolviéndolo para su esterilización.
- Su presencia es importante en el final de la cirugía, ayudando a retirar los instrumentos de la mesa de instrumental, a la colocación de bolsas y equipos de drenaje y en la movilización del paciente hasta su traslado a la sala de reanimación.

**Problemas potenciales del enfermo encamado**

**Coágulos de sangre**

Una lesión o una intervención quirúrgica en una pierna, o el reposo en la cama, impiden que se utilicen las extremidades inferiores con normalidad. Cuando esto ocurre, la sangre regresa al corazón desde las piernas más despacio. Cuando la circulación de la sangre se enlentece es más frecuente que se formen coágulos (trombos). Los coágulos de sangre ubicados en una pierna (trombosis venosa profunda) viajan a veces hasta los pulmones y bloquean allí un vaso sanguíneo (lo que se denomina embolia pulmonar). Estos coágulos pueden ser mortales.

**Estreñimiento**

Cuando alguien permanece en cama o es menos activo, las heces (materia fecal) se mueven más lentamente a través del intestino y el recto hacia fuera del cuerpo. Por tanto, es más probable que aparezca estreñimiento. Además, los pacientes ingresados en el hospital pueden estar tomando medicamentos (como algunos analgésicos) que causan estreñimiento.

Para prevenirlo, el personal del hospital aconseja beber mucho líquido. También se suele añadir fibra a las comidas o como suplemento. Se pueden prescribir ablandadores de heces o laxantes y se pueden continuar después de que la persona sea dada de alta del hospital.

**Depresión**

Es frecuente que las personas que sufren una enfermedad grave y que permanecen encamadas durante largo tiempo estén deprimidas. Tener menos contacto con otros y sentirse indefenso también contribuyen a la depresión.

**Úlceras por presión**

Permanecer en una misma posición en la cama durante mucho tiempo presiona las áreas de la piel que tocan la cama. La presión interrumpe el riego sanguíneo en estas zonas.

Las úlceras por presión aparecen con mayor frecuencia en personas que

- Están desnutridas
- Tienen pérdidas involuntarias de orina (sufren incontinencia).

**Debilidad ósea**

Cuando los huesos no soportan el peso del cuerpo de forma regular (es decir, cuando las personas no pasan tiempo suficiente de pie o caminando), se debilitan volviéndose más propensos a las fracturas.

**Debilidad muscular y rigidez articular**

Cuando los músculos no se utilizan, se debilitan. Permanecer en cama puede hacer que las articulaciones, los músculos y las partes blandas adyacentes (ligamentos y tendones) se vuelvan rígidos. Con el tiempo, los músculos pueden quedar acortados de forma permanente, y las articulaciones rígidas pueden llegar a estar permanentemente flexionadas, lo que se denomina contractura.

Esta situación genera un gran riesgo por falta de movilidad y favorece:

1. Alteraciones en la circulación que facilitan la aparición de trombosis venosas, tromboflebitis, y embolias pulmonares.
2. Mala ventilación pulmonar con retención de secreciones y predisposición a las infecciones respiratorias.
3. Pérdida de masa muscular, generando una atrofia y debilidad muscular.
4. Afectación del hueso con pérdida de masa ósea y el desarrollo precoz de una osteoporosis.
5. Rigidez articular con posibilidad de anquilosis de las articulaciones, generando pérdida funcional y dolor importante.
6. Aparición de úlceras por presión que son lesiones en la piel que cursan con pérdida de sustancia cutánea y cuya profundidad puede variar desde una erosión superficial en la piel hasta una afectación más profunda, pudiendo llegar hasta el hueso.

## Paciente enfermo o encamado

Es aquel paciente que, por diferentes motivos, está obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea un anciano impedido, un accidentado, un enfermo terminal.

### Recomendaciones.

- Atender a las necesidades del enfermo, derivadas de la enfermedad o accidente que ha originado el encajamiento.
- Seguir una dieta equilibrada y beber 1,5 litros de líquidos al día.
- Conseguir que el paciente tenga una buena alimentación y que alcance niveles adecuados de hidratación.
- Estimular al paciente para que mantenga el mayor nivel de autonomía, la máxima movilidad durante el mayor tiempo posible.
- Debe realizar ejercicios físicos activos y /o pasivos, según las posibilidades de la persona.
- Ayudarle a realizar ejercicios respiratorios para mejorar la respiración y mover las secreciones si las tiene.
- Evitar la misma postura realizando cambios posturales cada 2-3 horas como mínimo. No pasar más de 5 horas en la misma postura.
- Por la noche, ayudarle a colocarse en una postura cómoda y no despertarle para movilizarle hasta por la mañana.
- Mantener un correcto alineamiento corporal y repartir el peso por igual a fin de evitar los dolores musculares por contracciones.
- Utilizar dispositivos que alivien la presión y eviten las lesiones, como por ejemplo colchones de aire alternante, etc. (el látex no alivia la presión, sólo ofrece comodidad).
- Conocer y evitar las complicaciones debidas a la inmovilización en un enfermo encamado.

## POSTURAS

### Decúbito supino (boca arriba)

- El cuello debe quedar recto, para que la cabeza y el tronco queden a la misma altura, de manera que la cabeza, no quede levantada ni caída. Para ello colocaremos una almohada con la altura adecuada.
- Los brazos se colocan algo separados del cuerpo, con los codos estirados y las palmas de las manos mirando hacia el cuerpo o hacia arriba, con los dedos como si agarraran un vaso. Para ello colocamos una almohada bajo los brazos para que queden a la altura del pecho.
- Las piernas estiradas o con las rodillas ligeramente flexionadas. Los pies deben quedar en ángulo recto. Para ello se colocará un tope al final de la cama, para que la planta del pie quede apoyada y otra almohada bajo las rodillas, para que queden en genuflexión. También podemos colocar almohadas a ambos lados de los pies para que miren hacia el techo

### Decúbito lateral (de lado)

- ✓ **LADO APOYADO:** brazo hacia delante, con el codo doblado y la mano apoyada en la almohada de la cabeza con la palma hacia arriba, o brazo estirado con la palma de la mano hacia arriba.
- ✓ **LADO LIBRE:** brazo hacia delante, con el codo doblado y palma de la mano hacia abajo. La pierna se colocará doblada hacia delante y con el pie recto mirando hacia delante.
- ✓ Para que brazos y rodillas no choquen debemos colocar una almohada en la espalda para que quede algo inclinado hacia delante y no se caiga hacia atrás.

### Decúbito prono (boca abajo)

- ✚ Es una postura poco utilizada puesto que se oprimen los pulmones y cuesta respirar. Se utiliza en los casos en los que hay lesión de espalda, glúteos o cualquier parte posterior del cuerpo.
- ✚ Los brazos se colocan estirados a lo largo del cuerpo con la palma de la mano mirando al techo, o en cruz, con los codos doblados y palmas apoyadas en la almohada de la cabeza.
- ✚ Las piernas estiradas, se pueden colocar los pies por fuera de la cama o por dentro pero con una almohada bajo los tobillos, para que queden en ángulo recto.
- ✚ Colocaremos además una protección (de algodón o gasas) en los pies para evitar los roces.
- ✚ Colocaremos una almohada bajo la tripa para evitar dolores de espalda.

### Sentado

- ❖ En las piernas, alternaremos rodillas flexionadas y estiradas. Debemos colocar una almohadilla bajo las rodillas y otra bajo los tobillos. Colocaremos también un tope en la planta de los pies, para que éstos no queden caídos.
- ❖ La espalda debe quedar bien recta, colocando almohadas tras la zona lumbar y dorsal.
- ❖ Los brazos pueden quedar sobre el vientre.
- ❖ La cabeza queda apoyada y recta sobre una almohada.

# Contusiones, heridas y drenajes.

## Contusión.

Una contusión es una lesión traumática no penetrante producida sobre un cuerpo humano o animal, cuya causa es la acción de objetos duros, en general de superficie obtusa o roma, que actúan sobre el organismo mediante una fuerza más o menos considerable.

T  
I  
P  
O  
S  
D  
E  
C  
O  
T  
U  
S  
I  
O  
N  
E  
S

**Contusión mínima o simple.** Es aquella en la que no se producen alteraciones o desgarros de planos profundos; únicamente, por efecto del golpe se produce un enrojecimiento de la piel o eritema, que no tiene mayores consecuencias.

**Contusión de primer grado o equimosis.** Es aquella en la que el golpe que la origina es un poco más intenso, lo que da lugar a la rotura de pequeños vasos sanguíneos, que finalmente originarán un cardenal, siendo típico el amarantamiento de la piel. Este tipo de lesión se denomina equimosis. Los síntomas incluyen dolor fundamentalmente, que puede ir acompañado de una discreta paresia muscular, especialmente evidente si el golpe se localiza en algún trayecto nervioso.

**Contusión de segundo grado.** Caracterizada por originarse a partir de un golpe de mayor intensidad que los anteriores, lo que da lugar a una lesión de vasos de mayor calibre, que finalmente se traduce en la formación de una colección líquida que provoca relieve; esta formación es lo que se conoce como hematoma o chichón.

**Contusión de tercer grado.** Caracterizada fundamentalmente por la muerte de los tejidos profundos. En este tipo de lesión, la piel inicialmente puede tener un color normal, que posteriormente se torna grisáceo. En estos casos es habitual la existencia de un aplastamiento intenso que afecta a partes blandas (tejido subcutáneo y músculos), e incluso puede haber afectación de nervios y huesos.

## Heridas.

Es toda disrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales.

T  
I  
P  
O  
S  
D  
E  
H  
E  
R  
I  
D  
A  
S

### AGUDAS

Las heridas agudas tienen una amplia gama de clasificaciones

**Según aspecto de herida:** 1. Contusa: sin bordes netos. 2. Cortante: con bordes netos. 3. Contuso cortantes. 4. Punzante: arma blanca. 5. Atrición: aplastamiento de un segmento corporal, habitualmente una extremidad. 6. Avulsión, arrancamiento o amputación: extirpación de un segmento corporal como es el caso de la pérdida de una falange. 7. A colgajo: tangencial a piel y unida a ésta sólo por su base. 8. Abrasiva o erosiva: múltiples áreas sin epidermis, pero con conservación del resto de las capas de la piel. 9. Quemadura.

**Según mecanismo de acción:** 1. Por arma blanca. 2. Por arma de fuego. 3. Por objeto contuso. 4. Por mordedura de animal. 5. Por agente químico. 6. Por agente térmico.

**Según si compromete otras estructuras no cutánea:** 1. Simples (sólo piel). 2. Complicadas (complejas): compromiso de vasos, nervios, cartílagos y/o músculos.

**Según pérdida de sustancia:** 1. Sin pérdida de sustancia. 2. Con pérdida de sustancia.

**Según grado de contaminación:** 1. Limpias: menos de 6 h de evolución, con mínimo daño tisular y no penetrante. 2. Sucias: más de 6 h de evolución, penetrantes o con mayor daño tisular.

### CRONICAS

En el caso de las heridas crónicas como por ejemplo las úlceras por decúbito, pueden clasificarse según su profundidad y compromiso de estructuras óseas y músculo aponeuróticas: I. Superficial: eritema de la piel. II. Piel: pérdida de epidermis y dermis. III. Necrosis cutánea con compromiso subcutáneo hasta aponeurosis, sin traspasarla. IV. Compromiso muscular u óseo.

## DRENAJES

Los drenajes son tubos u otros elementos que ayudan a evacuar líquidos o gases acumulados en zonas del organismo por diferentes motivos.

### Los drenajes están indicados en:

**ABSCESOS:** Los drenajes evacuarán las sustancias acumuladas en estos abscesos evitando el cierre en falso de los mismos, dejaremos que se cierre por segunda intención para evitar reinfecciones.

**LESIONES TRAUMATICAS:** Cuando se origina un traumatismo hay mucho líquido extravasado, por lo que es necesario la colocación de un drenaje.

**PROFILAXIS DE FUGA TRAS CIRUGIA GENERAL:** Tras una cirugía siempre hay riesgo de fugas, por lo que colocaremos un drenaje por si se producen. Esto nos indicará también si existe riesgo de hemorragias. Cuando no es segura la anastomosis de las vísceras, por su tamaño, presión.

**TRAS CIRUGIA RADICAL:** Cuando se realizan grandes resecciones, se pierde gran cantidad de líquido linfático y sangre, que no debe acumularse.

Los drenajes son profilácticos o curativos. Los profilácticos se colocan en intervenciones quirúrgicas para prevenir el acumulo de sustancias y valorar la presencia de hemorragia.

### CLASIFICACIÓN DE LOS DRENAJES.

**DRENAJES SIMPLES:** Los drenajes simples son aquellos en los que no se realiza ningún tipo de acción para favorecer la salida de la sustancia acumulada.

**DRENAJES FILIFORMES:** Estos drenajes se colocan en heridas pequeñas que contienen poca cantidad de sustancia a evacuar.

**DRENAJE CON GASAS:** El drenaje con gasas es útil cuando tenemos colecciones líquidas contra la gravedad. Pueden moldearse con facilidad y tienen una gran capilaridad. Para favorecer la capacidad de absorción, utilizaremos gasas de trama densa.

**DRENAJES CON TUBOS DE GOMA O POLIETILENO:** Si usamos drenajes con tubos, hemos de tener en cuenta su rigidez, ya que pueden ocasionar úlceras por decúbito.



T  
I  
P  
O  
S

**Métodos complementarios de diagnóstico.**

Es una prueba diagnóstica que solicita el médico y que se realiza al paciente tras una anamnesis y exploración física, para confirmar o descartar un diagnóstico clínico.

**PRUEBAS DE LABORATORIO O ANALISIS CLINICO:** Suelen ser análisis químicos o biológicos de muestras generalmente de fluidos corporales (sangre, orina, heces, líquido cefalorraquídeo, semen, etc.). Las prueba de laboratorio más conocidas o frecuentes suelen ser los análisis de sangre y los análisis de orina.

**PRUEBAS DE IMAGEN:** Son exámenes de diagnóstico donde se visualiza el cuerpo humano con pruebas basadas en:

- radiodiagnóstico, como la radiografía y la tomografía axial computarizada
- en magnetismo, como la resonancia magnética nuclear.
- Medicina nuclear, como las gammagrafías y la tomografía por emisión de positrones.
- en ultrasonidos, como la ecografía.

**Técnica de curación**

**Curación Plana**

Es una técnica de limpieza de herida que se realiza con torundas empapadas en solución fisiológica u Solución Ringar Lactato a través de un solo movimiento de arrastre mecánico, Es una técnica aséptica, por lo que se debe usar material y técnicas asépticas

**Objetivos:** Facilitar la cicatrización de la herida evitando la infección. Valorar el proceso de cicatrización de la herida. Valorar la eficacia de los cuidados

**Materiales:** Equipo de curación, solución fisiológica o Ringer, apósito tradicional o transparente adhesivo, cinta quirúrgica de plástico porosa, cinta de papel.

**Procedimiento:**

- 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 torunda 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.

# Técnica de curación

## Curación Irrigada

Es el lavado o irrigación de la herida o úlcera para eliminar los agentes contaminantes que pueden provocar infección.

### TÉCNICAS

**Ducho terapia:** Técnica de irrigación de elección en heridas tipo 3, 4 y 5 quemaduras extensas y heridas traumáticas y permite lavar la herida a una presión adecuada que no daña el tejido (4 Kg/cm<sup>2</sup>).

**Jeringa y aguja:** técnica de irrigación de elección en heridas tipo 1 y 2, en quemaduras superficiales de pequeña extensión. Se utiliza una jeringa de 20 – 35 ml y aguja de 19 a una distancia de 15 cm de la lesión para irrigar suavemente (2 Kg/cm<sup>2</sup>).

### Objetivos

- Eliminar gérmenes contaminantes.
- Eliminar restos de materia orgánica y cuerpos extraños.
- Favorecer la cicatrización de la herida.

### MATERIALES

- Equipo de curación
- Solución Ringer Lactato o Solución Fisiológica tibio
- Jeringa y aguja, matraz de suero, según técnica a utilizar.
- Bandeja o lavatorio estéril
- Hule o bolsa plástica con sabanilla
- Apósitos tradicionales.
- Cinta o tela de papel.

### PROCEDIMIENTO

- Lavado clínico de manos.
- Compruebe la presencia del brazalete de identificación y verifique los datos que registra en caso de paciente hospitalizado
- Reúna todo los materiales en el carro de curaciones
- Use guantes de procedimientos para retirar apósitos sucios
- Elimine los apósitos y guantes en bolsa plástica de basura
- Lávese las manos.
- Abra equipo estéril y colóquese guantes estériles.
- Solicite a técnico que coloque hule con sabanilla y ubique la bandeja bajo la zona a irrigar.
- Valore la herida y piel circundante utilizando los diagramas de valoración correspondientes.
- Realice irrigación según la técnica elegida
- Seque la herida con gasa suavemente sin friccionar.
- Cubra la herida con apósito tradicional o apósito avanzado según disponibilidad
- Fije apósito
- Lávese las manos

Para mantener el lugar de la incisión y el drenaje limpios y saludables, siga los siguientes tres pasos:

1. —Ordeñe el drenaje.
2. Vacíe el drenaje, mida la cantidad de líquido y tome nota de ella.
3. Limpie la piel alrededor del tubo de drenaje.

**Cómo ordeñar el drenaje.**

1. Lávese las manos con jabón y séqueselas.
2. Con el dedo índice y el pulgar, sujete el tubo en el lugar donde sale de la piel a fin de mantenerlo en su lugar. Sostenga el tubo con una toallita con alcohol.
3. Con el pulgar y el índice de la otra mano, apriete el tubo justo debajo de donde tiene colocada la otra mano.
4. Mantenga la primera mano apretando el tubo en su lugar y deslice los dedos de la segunda mano a lo largo del tubo hasta llegar a la pera. Al deslizar los dedos, mantenga una presión firme que permita que el tubo se estire pero no se rompa.

**CÓMO VACIAR Y MEDIR EL DRENAJE**

P  
A  
S  
O  
S

1. Lávese las manos con agua y jabón durante 15 a 20 segundos y séqueselas.
2. Use una taza medidora y la hoja de Registro de drenaje del paciente.
3. Quite la pinza o broche que sujeta el drenaje a la ropa.
4. Abra la tapa de la pera, pero no toque el interior de la tapa. . Dé la vuelta al drenaje y vierta el contenido en la taza medidora.
5. Apriete suavemente el drenaje para vaciarlo.
6. Presione la pera para aplanarla y así pueda succionar. Coloque la tapa y cierre.
7. NO lave el interior de la pera. Si le preocupa que se acumulen residuos en su interior, el médico o el enfermero pueden proporcionarle una pera nueva.

## Técnicas de cuidados de drenajes

Un cuidado correcto del drenaje evitará infecciones y complicaciones.

# UNIDAD II

# INFECCION NASOCOMIAL

## El enfermo en aislamiento

Se define como el aislamiento que se debe tener cuando la diseminación de partículas menores de cinco micras permanece suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, y así son inhalados por huésped susceptible

### Aislamiento respiratorio

Se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro). Ejemplo: Meningitis meningocócica o por H. Influenza, Varicela, Meningitis meningocócica, Rubéola, Sarampión, Tosferina, Tuberculosis Pulmonar.

C  
A  
R  
A  
C  
T  
E  
R  
I  
S  
T  
I  
C  
A  
S

- Habitación Individual: en lo posible, si no es posible establecer separación espacial de al menos 1 metro con otro paciente.
- Lavado de Manos- Mascarilla: Obligatorio para cualquier persona que se acerque a menos de un metro del paciente.
- Guantes
- Gafas o lentes: en procedimientos de aspiración, KTR, laringoscopia, fibroscopia, intubación, SNG, aseo cavidades etc.
- Mascarilla para paciente: siempre al salir de la sala.
- Se usarán pañuelos desechables
- Limitar salida del paciente al mínimo.
- Habitación con puerta cerrada.

### Aislamiento de contacto

Se utiliza cuando existe la sospecha de una enfermedad transmisible por contacto directo con el paciente o con elementos de su ambiente.

C  
A  
R  
A  
C  
T  
E  
R  
I  
S  
T  
I  
C  
A  
S

- Habitación Individual: si es posible.
- Lavado de Manos: Obligatorio. Debe ser realizado con jabón antiséptico en las unidades críticas, intermedias o de inmunosuprimidos.
- Guantes: Obligatorio al tener contacto con el paciente, apósitos y/o secreciones.
- Lentes: de acuerdo a las Precaución estándar.
- Delantal o Pechera: Sólo Obligatorio en Sarna Noruega o diarrea por Clostridium difficile. Considerar en pacientes con lesiones cutáneas extensas.
- Otros: Manguito individual del aparato de presión o utilizar paño como barrera cuando la piel no es indemne; desinfección del fonendoscopio antes y después de su uso (con alcohol 70°C o alcohol yodado).
- Abstenerse de tocar con las manos las heridas o lesiones.
- Todas las personas que entren en contacto directo con el enfermo vestirán bata, mascarilla y guantes según el tipo de lesión.
- Todo el material necesario para vestirse debe de encontrarse preparado dentro de la habitación.
- Antes de salir de la habitación se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor preparado al efecto.
- Habitación individual con lavabo (aconsejable).
- Los pacientes contaminados con el mismo microorganismo pueden compartir habitación.
- Los pacientes con grandes quemaduras o heridas infectadas con estafilococcus aureus o estreptococos del grupo A que no estén cubiertas o tapadas, requieren aislamiento estricto en habitación individual.

### Aislamiento protector o inverso

Se aplica en pacientes severamente neutropénicos, con el fin de protegerlos de adquirir infecciones

#### C A R A C T E R I S T I C A S

- Pacientes con trasplante de médula ósea, hospitalizar en U.H.O.
- Pacientes neutropénicos con menos de 1000 neutrófilos.
- Lavado de Manos: Obligatorio. Se debe usar jabón antiséptico.
- Mascarilla: Si se acerca a menos de un metro del paciente.
- Guantes de procedimiento: Siempre ante contacto con el paciente.
- Lentes.
- Otros: Manguito individual del aparato de presión; desinfección del fonendoscopio antes y después de su uso (con alcohol 70°C o alcohol yodado).
- Mantener la puerta siempre cerrada.
- Depositar las ropas utilizadas en un contenedor preparado al efecto cuando se salga de la habitación.

### Aislamiento entérico

Se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y, en algunos casos, por objetos contaminados.

#### C A R A C T E R I S T I C A S

- Lavado de manos.
- Habitación individual con lavabo (Aconsejable).
- La bata es obligatoria para la persona que esté en contacto directo con el enfermo.
- Se usarán guantes cuando se manipule material contaminado.
- Dentro de la habitación habrá guantes y batas.

### Aislamiento parenteral

Destinado a prevenir la diseminación de enfermedades transmisibles por la sangre o líquidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos. Por ejemplo: Hepatitis vírica B y C, Sida, Sífilis, Paludismo.

#### C A R A C T E R I S T I C A S

- Lavado de manos.
- Precauciones especiales con agujas y otros materiales punzantes que pueden contaminar al personal sanitario.
- La habitación individual resulta aconsejable en casos de pacientes agitados, desorientados o si la higiene es deficiente.
- Los pacientes infectados por un mismo microorganismo pueden compartir habitación.
- Es recomendable tomar precauciones especiales con esfigomanómetros, termómetros, efectos personales, vajilla y excreciones.
- Utilización obligatoria de guantes y contenedores especiales para agujas.
- Uso de bata, mascarilla o gafas si se anticipa razonablemente la posibilidad de exposición a la sangre.

## Aislamiento domiciliario

Podrá llevarse a cabo siempre que se disponga de una habitación que reúna condiciones higiénicas suficientes, como las siguientes:

- Se deben de sacar todos los objetos inútiles, como algunos muebles, cuadros, alfombras.
- El personal sanitario que se encarga del enfermo dejará su bata al salir de la habitación.
- Este personal deberá lavarse las manos con agua y jabón tras el contacto con el enfermo u objetos contaminados.
- El enfermo tendrá termómetro propio que estará sumergido en una solución desinfectante.
- También debe tener vajilla y cubierto individual para cuya limpieza se hierven en otra habitación.
- Las ropas, para su limpieza, se transportan en bolsas de papel y luego se hierven o se sumergen en soluciones antisépticas.
- Las eliminaciones del enfermo (vómitos, esputos, orina o heces) se recogen en recipientes que tengan lejía; aquí se mantienen dos horas y luego se pueden arrojar por el retrete.
- El suelo debe ser humedecido dos veces al día con paños que contengan sustancias antisépticas.
- El cubo de basura debe llevar en su interior una bolsa de plástico donde se arrojan los desechos.
- Dentro de esta habitación está prohibido que otras personas coman, beban o fumen.
- Cuando ya no es necesario mantener el aislamiento del enfermo, se procederá a realizar una desinfección terminal de la habitación.

## La inflamación

La inflamación es una de las maneras en las que el cuerpo reacciona a una infección, lesión u otras afecciones médicas.

### Tipos de inflamación

**Inflamación aguda** dura unos pocos días y ayuda al cuerpo a recuperarse después de una infección o lesión.

**Inflamación crónica** ocurre si la enfermedad o infección no desaparece o si el cuerpo se lesiona una y otra vez (por ejemplo, por el humo del tabaco). La inflamación crónica dura de meses a años y puede conducir a otros problemas médicos.

### Síntomas

- Enrojecimiento
- Hinchazón
- Dolor
- Calor (temperatura)
- Problemas para usar el área afectada

La inflamación crónica puede provocar otros síntomas, como cansancio y fiebre

### Causas

- Una infección o afección médica, como por ejemplo:

Sinusitis (inflamación de los senos paranasales)

Cistitis (inflamación de la vejiga )

Bronquitis (inflamación en los pulmones) o vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos)

Dermatitis (inflamación de la piel)

- Una lesión, como la picadura de abeja, un corte o un hematoma

- Una enfermedad en la que el sistema inmunitario se ataca a sí mismo por error (llamada "enfermedad autoinmune"), como:

Diabetes

Artritis reumatoide

Soriasis.

Enfermedad inflamatoria intestinal o daños por el uso de productos químicos (como el humo del tabaco) o radiación.



## FASES DE LA INFLAMACION

La inflamación presenta dos fases bien diferenciadas

**La inflamación aguda** tiene una evolución relativamente breve; sus características fundamentales son la exudación de líquido y de proteínas plasmáticas (edema), y la migración de leucocitos (principalmente neutrófilos).

**La inflamación crónica** tiene una duración mayor y se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos, fibrosis y necrosis tisular.

## Regulación de la respuesta inflamatoria

La inflamación es un proceso fisiológico que permite erradicar un agente patógeno y reparar el tejido lesionado. Es controlada y culminada mediante mecanismos de retroalimentación negativa que permiten restablecer la homeostasis del organismo; pero si la inflamación persiste, genera un proceso deletéreo en enfermedades autoinmunes o puede contribuir a enfermedades como la obesidad y el cáncer.

**El síndrome hemorrágico y hemostasia**

La hemostasia es el proceso que mantiene la integridad de un sistema circulatorio cerrado y de alta presión después de un daño vascular. La hemostasia para su estudio se divide en primaria y secundaria.

**Hemostasia primaria**

Es el proceso de formación del tapón plaquetario iniciado ante una lesión vascular, llevándose a cabo una estrecha interacción entre el endotelio y la plaqueta. Normalmente las plaquetas no se adhieren al vaso sanguíneo; esto sólo ocurre cuando existe lesión en el vaso sanguíneo y se expone la colágena del subendotelio, permitiendo así la activación de las plaquetas. En la hemostasia primaria existe una serie de mecanismos que se desencadenan durante una lesión vascular y que permitirán la formación del tapón hemostático plaquetario.

O  
R  
D  
E  
N  
  
D  
E  
L  
  
M  
E  
C  
A  
N  
I  
S  
M  
O

- 1) adhesión.
- 2) activación y secreción.
- 3) agregación

**Hemostasia secundaria**

La hemostasia secundaria comprende la activación del sistema de coagulación y de acuerdo con el modelo celular se divide en tres fases: iniciación, amplificación y propagación.

## HEMORRAGIAS

El sangrado o hemorragia es la pérdida de sangre. Puede ser externo o dentro del cuerpo.

### T I P O S

Como la hemorragia gastrointestinal, toser con sangre o el sangrado vaginal, pueden ser un síntoma de una enfermedad

## Técnica de sondaje vesical

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, con fines diagnósticos o terapéuticos.

### Sonda vesical por tiempo de permanencia

#### 1. Sondaje permanente:

la sonda se mantiene en la vejiga con la finalidad de recolectar la orina, esta sonda está conectada a una bolsa de drenaje, tiene un globo que se infla con agua estéril en el extremo.

**Sondaje permanente de corta duración:** la sonda una vez instalada puede permanecer de 48 hrs hasta 30 días, se utiliza en los casos de control de diuresis, vía de drenaje o lavado continuo de vejiga, para mantener seca la zona genital (prevención de escaras), fístula vesical y ruptura vesical extraperitoneal, hematuria, tratamientos intraoperatorios y postoperatorios, tratamiento crónico de pacientes con fracaso en vaciado vesical espontáneo o que no sean candidatos a otro tipo de procedimientos.

**Sondaje permanente de larga duración:** se le denomina de larga duración por permanecer más de 30 días y se utiliza para el tratamiento crónico de pacientes con fracaso en vaciado vesical espontáneo o que no sean candidatos a otro tipo de procedimientos.

**Sonda nélaton:** de punta recta, con dos longitudes, larga para el hombre y corta para la mujer.

**Sonda tiemann:** punta acodada y más fina para pacientes con uretra estrecha.

#### Sondaje intermitente:

la sonda vesical se instala por corto tiempo retirándola de manera inmediata al finalizar el procedimiento. Es utilizada para el vaciado de vejiga en casos de retención de orina y obtener una muestra de orina estéril, exploración de uretra o vesical y determinación de la cantidad de orina residual después de la micción.

### Sonda vesical por número de vías

En cuanto a las vías, existen 4 tipos de modelos:

### T I P O S

**1.- Una vía:** su función es drenar, la sonda intermitente (nélaton) es una modalidad de esta.

**2. Dos vías:** tiene una vía para el inflado del globo y otra para el drenaje de la orina.

**3. Tres vías:** cuenta con una vía para inflado del globo, otra para el drenaje de la orina y cuenta con una tercera vía para la solución de irrigación; siendo usada principalmente para este propósito.

**4. Cuatro vías:** es un modelo poco utilizado y la utilidad de sus vías son para inflado, drenaje, irrigación e irrigación de cirugía prostática, es decir, tiene doble vía de irrigación.

Este procedimiento tiene varios fines que son:

- Administración de nutrición enteral e hidratación.
- Administración de medicación.
- Aspiración o drenaje de contenido gástrico.
- Lavado de estómago

## Materiales

- Sonda nasogástrica:
- Polivinilo: son gruesas, algo rígidas y adecuadas para la descompresión gástrica. Los calibres a utilizar son de 16 a 20 french.
- Silicona y poliuretano: más finas y elásticas. Se usan para sondajes de larga duración (sonda alimentación). El calibre suele ser menor, entre 8 y 12 french.
- Lubricante hidrosoluble
- Guantes
- Gasas
- Esparadrapo o sistema de fijación
- Un vaso de agua
- Jeringa de 50 ml
- Un fonendoscopio
- Una batea
- Una bolsa de plástico o palangana por si hay vómitos
- Empapadores y protector de cama
- Un tapón para la sonda y/o una bolsa colectora adaptable a la sonda

## Procedimiento

- Explicar al paciente la técnica y la necesidad de su colaboración.
- Hacer una medición del trayecto previsto usando el método Hansen (nariz-orejaepigastrio), marcando con una señal la medición en la sonda.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Retirar prótesis dentales, si las hubiera.
- Lubricar el extremo distal de la sonda de 7 a 12 cm con vaselina líquida o agua.
- Colocar al paciente en posición de Fowler (ángulo de 45°) o en decúbito lateral izquierdo. • Introducir la sonda por el orificio nasal más permeable dirigiéndola hacia la faringe. Cuando la sonda esté inmediatamente encima de la orofaringe indicar al paciente que extienda el cuello hacia delante.
- Con la cabeza del paciente inclinada hacia delante, progresar la sonda con un movimiento rotatorio, pidiéndole que trague saliva o un sorbito de agua, avanzando la sonda en el momento de la deglución.
- Si el paciente presenta tos o cianosis, es probable que la sonda esté en vía respiratoria. Retirar, permitir que el paciente descanse y reiniciar el procedimiento. Si se enrolla en la boca, realizar la misma operación.

## Técnica de sondaje nasogástrico

El sondaje nasogástrico es una técnica invasiva que consiste en la inserción de una sonda o tubo flexible de plástico a través del orificio nasal o de la boca hasta el estómago.

## Procedimiento

- Cuando la marca hecha en la sonda llegue a la nariz, la sonda debe estar situada en el estómago. Para comprobar que está bien colocada, si no ha salido jugo gástrico de forma espontánea, aspiremos con una jeringa para obtenerlo y se medirá el pH < de 5,5. Este último es el método más fiable, aunque la medida del pH no es eficaz si el paciente toma fármacos supresores de la acidez. También se pueden introducir 20 ml de aire al mismo tiempo que colocamos el fonendoscopio en el epigastrio; debe oírse un gorgoteo. Sin embargo, este método no se considera muy fiable. Por último, se puede realizar una placa de control.
- Se fijará la sonda a la nariz con esparadrapo y el extremo abierto se conectará a una bolsa colectora o se dejará cerrado con un tapón, procediendo a destaparlo si fuera necesario.
- El extremo abierto se conectará a una bolsa colectora o se dejará cerrado con un tapón, procediendo a destaparlo si fuera necesario.

## BIBLIOGRAFIA

TITULO AUTOR EDITORIAL 1 Libro ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA JAIMME ARIAS TEBAR