



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

MATERIA:

ENFERMERÍA CLÍNICA I

ACTIVIDAD:

ENSAYO. TEMAS: 1.3,1.4.1.5,1.6,1.7

DOCENTE:

L.E. DANIELA CALCÁNEO PÉREZ

ALUMNA:

VERONICA SÁNCHEZ DE LA CRUZ

CUTRIMESTRE:

4^{TO} CUTRIMESTRE

GRUPO:

“A”

Universidad del Sureste

Licenciatura en Enfermería

Título: Ensayo, Temas de la unidad 2

Veronica Sánchez De La Cruz

23 de septiembre del 2024

En enfermería y en otros campos de ciencias de la salud el “examen físico” es el principal método para obtener datos objetivos observables y medibles del estado de salud del paciente. El examen físico puede variar de acuerdo con la edad del paciente.

En el examen físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica los cuales son: la inspección, la palpación, la percusión, y la ocultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría y la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

La *inspección* es el examen visual, en la que se incluye la “observación”, y a partir de la observación se pueden detectar características normales, signos físicos significativos y hallazgos anómalos, en relación con los factores propios de cada persona. La *inspección* tiene un carácter más detallado y sistemático que la observación, ya que se obtienen características específicas relacionadas a tamaño, forma posición, localización, color, aspecto, movimiento y simetría.

La *palpación* es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada. La palpación nos permite corroborar los datos obtenidos en la inspección esta técnica se realiza mediante el empleo de las manos y los dedos es decir el “Sentido del Tacto”. La palpación se divide o se clasifica en dos tipos las cuales son: “*superficial y profunda*”. En la palpación *superficial* se utiliza una solo mano, esta debe preceder a la palpación profunda, la palpación superficial es utilizada para examinar la mayor parte del cuerpo. La palpación *profunda* se puede realizar con una o las dos manos este método de palpación permite la localización de tumores, el tamaño y la consistencia de los órganos abdominales entre otros.

La *percusión* es una maniobra que se efectúa al examinar a un paciente con la finalidad de identificar cambios en los tejidos al evaluar su sonoridad. Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo.

La *auscultación* es una maniobra que consiste en la apreciación con el sentido de la audición “los sonidos” que se originan en el organismo. La auscultación por lo regular se lleva a cabo usando un instrumento llamado estetoscopio, los órganos que más comúnmente se auscultan son los pulmones, el corazón y los intestinos.

Pasando el tema del examen físico, nos adentraremos al tema de la *inflamación*.

Se entiende que la **inflamación** es un proceso tisular constituido por una serie de fenómenos moleculares, celulares y vasculares de finalidad defensiva frente a agresiones físicas, químicas o biológicas.

En la inflamación encontramos los cuatro signos de Celso que son: calor, rubor, tumor y dolor además de la pérdida de función.

El calor y el rubor se deben a las alteraciones vasculares que determinan una acumulación sanguínea en el foco inflamatorio. El tumor se produce por el edema y acúmulo de células inmunes, mientras que el dolor es producido por la actuación de determinados mediadores sobre las terminaciones nerviosas del dolor.

De forma esquemática la *inflamación* se divide en cinco etapas las cuales son:

1. Liberación de mediadores: son moléculas, de estructura elemental que son liberadas por el mastocito bajo la actuación de determinados estímulos.
2. Efecto de los mediadores: una vez liberada estas moléculas producen alteraciones vasculares y efectos quimiotácticos que favorecen la llegada de moléculas y células inmunes al foco inflamatorio.
3. Llegada de moléculas y células inmunes al foco inflamatorio: proceden es su mayor parte de la sangre, pero también de las zonas circundantes al foco.
4. Regulación del proceso inflamatorio: como la mayor parte de las respuestas inmunes, el fenómeno inflamatorio también integra una serie de mecanismos inhibidores tendentes a finalizar o equilibrar el proceso.
5. Reparación: fase constituida por fenómenos que van a determinar la reparación total o parcial de los tejidos dañados por el agente agresor o por la propia respuesta inflamatoria.

Los mediadores químicos de la inflamación son :

- **Histamina**: está ampliamente distribuida en los mastocitos, tejido conjuntivo adyacente a la pared de los vasos, basófilos y plaquetas. Se liberan por estímulos físicos.
- **Serotonina**: se encuentra en las plaquetas y células enterocromafines. Es un medidor vaso activo cuyas acciones son similares a la histamina.

Los cuidados que se dan en un proceso inflamatorio son:

- **Descanso**: dejar descansar el área lesionada.
- **Elevación**: elevar el área lesionada por encima del nivel del corazón para aliviar la hinchazón.
- **Compresa fría**: aplicar hielo o una compresa fría sobre la zona afectada durante 10 a 20 minutos cada 1 o 2 horas.

- **Vendaje de compresión:** envolver la zona lesionada con un vendaje elástico para reducir la hinchazón.
- **Medicamentos:** administrar medicamentos para aliviar el dolor o para reducir la inflamación.
- **Terapia no farmacológica:** ejercicio terapéutico, estimulación, tracción cervical, masaje y acupuntura.
- **Alimentación antiinflamatoria:** dar al paciente alimentos ricos en fibra, vitaminas, minerales y ácidos grasos mono y poliinsaturados.

Una inflamación aguda se puede identificar por los siguientes síntomas: enrojecimiento, calor, hinchazón, dolor y pérdida de función.

También tenemos los cuidados de intervenciones de enfermería NIC en el cuidado de la inflamación según sea el caso.

Por mencionar 2 los cuales son:

- Aplicación de calor o frío 1380.
- Manejo del dolor: agudo 1410

Aplicación de calor y frío 1380

Definición: estimulación de la piel y tejidos con calor o frío para disminuir el dolor, los espasmos musculares o la inflamación.

Actividades:

- Explicar la utilización del calor o frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectara a los síntomas del paciente.
- Detectar si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación.
- Seleccionar un método de estimulación que resulte cómodo y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido; paquetes de gel congelado; sobres de hielo químico; inmersión en hielo; paño o toallas en el congelador para enfriarlas; botella de agua caliente; almohadilla de calefacción eléctrica; compresas húmedas calientes; inmersión en bañera normal o de hidromasaje; cera de parafina; baño de asiento; bombilla radiante o envoltura de plástico para dar calor.
- Determinar la disponibilidad y el buen estado del funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío.
- Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación.
- Seleccionar el sitio de estimulación, considerando lugares alternativos cuando la aplicación directa no sea posible (adyacente a; distal; entre las zonas afectadas y el cerebro y contralateral).

- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.
- Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor/frío, cuando corresponda.
- Utilizar hielo después de un esguince de tobillo para reducir el edema, seguido de reposo, compresión y elevación.
- Enseñar a evitar la lesión tisular asociada con el calor/frío.
- Comprobar la temperatura de la aplicación, sobre todo cuando se utilice calor.
- Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, conductuales y biológicas de la persona.
- Sincronizar todas las aplicaciones cuidadosamente.
- Aplicar calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible.
- Evitar el uso de calor o frío en un tejido que ha recibido radioterapia.
- Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación cutánea o lesión tisular durante los primeros 5 minutos, y luego frecuentemente durante el tratamiento.
- Terminar con un tratamiento de frío para estimular la vasoconstricción cuando se alternen aplicaciones de calor y frío en los deportistas lesionados.
- Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.
- Colocar de tal manera que el paciente pueda alejarse de la fuente de temperatura, si fuera necesario.
- Explicar que no debe ajustar la temperatura por su cuenta sin instrucciones previas.
- Cambiar el sitio de aplicación de frío/calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue el alivio.
- Explicar que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con entumecimiento unos 5 minutos después de la estimulación inicial.
- Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.
- Enseñar a evitar lesiones en la piel después de la estimulación.
- Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío.

Manejo del dolor: agudo 1410

Definición: alivio o reducción del dolor aun nivel aceptable para el paciente en el período inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.

- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en la actividades de recuperación (p. ej.; tos y respiración profunda, deambulaci3n, transferencia a una silla).
- Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medici3n v3lida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicaci3n.
- Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.
- Asegurarse de que el paciente reciba atenci3n analg3sica inmediatamente antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.
- Administrar analg3sicos las 24 horas del d3a durante las primeras 24 a 48 horas despu3s de la cirug3a, trauma o lesi3n, excepto si la sedaci3n o el estado indican lo contrario.
- Monitorizar la sedaci3n y el estado respiratorio antes de administrar opi3ceos y a intervalos regulares cuando se administre opi3ceos.
- Seguir protocolos del centro en la selecci3n de analg3sicos y dosis.
- Usar analg3sicos combinados (p. ej.; opi3ceos m3s no opi3ceos), si el nivel del dolor es intenso.
- Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (p. ej.; farmacol3gicos, no farmacol3gicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor, seg3n corresponda.
- Evitar el uso de analg3sicos que puedan tener efectos adversos en ancianos.
- Administrar analg3sicos por la v3a menos invasiva posible, evitando la v3a intramuscular.
- Proporcionar analgesia controlada por el paciente (ACPP) y la v3a intraespinal, cuando sea apropiado.
- Incorporar las intervenciones no farmacol3gicas a la etiolog3a del dolor y a las preferencias del paciente, seg3n corresponda.
- Modificar las medidas de control del dolor en funci3n de la respuesta del paciente al tratamiento.
- Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.
- Notificar al m3dico si las medidas de control del dolor no tienen 3xito.
- Proporcionar informaci3n precisa a la familia sobre el dolor del paciente.

La inflamaci3n termina cuando la herida, lesi3n o infecci3n se cura.

La inflamaci3n es una respuesta natural del cuerpo ante una lesi3n, infecci3n u otra afecci3n m3dica. La inflamaci3n puede ser beneficiosa, como cuando ayuda a curar una

herida, pero también puede ser perjudicial si se mantiene en el organismo de forma constante.

Ahora hablaremos de la **infección** que es otros de los temas que abarca la unidad.

Una *infección* se define como el proceso en el que un microorganismo patógeno invade a otro llamado hospedador y se multiplica pudiendo provocar daño (produciendo enfermedad) o no provocarlo. Los organismo patógenos poseen ciertas características como: la capacidad de ser transmisibles. Otros autores describen que una infección se produce cuando microorganismos patógenos, como los virus o las bacterias, invaden un organismo donde se reproducen.

Otros conceptos relacionados con la infección son:

- **Infestación:** es la invasión del organismo por parásitos, por lo general de tamaño macroscópico o visibles.
- **Enfermedad infecciosa:** es la causada por microorganismos.
- **Enfermedad no infecciosa:** es la causada por traumatismo, veneno vegetal o animal, calor o frío, deficiencia nutritiva, anomalía fisiológica o crecimiento tisular anormal.
- **Enfermedad contagiosa:** es la causada por un microorganismo que se transmite fácilmente de un individuo a otro por contacto directo o indirecto.
- **Enfermedad transmisible:** son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas.

El resultado de una infección depende de la virulencia del agente infeccioso, el número de organismos y del estado de nuestras defensas naturales.

Entre las defensas del cuerpo contra las infecciones se encuentran las siguientes:

- Piel y membranas mucosas.
- Timo.
- Bazo.
- Ganglios linfáticos.
- Médula ósea.
- Células del sistema inmunitario que combaten las infecciones.

Una infección puede tomar muchas formas. Las infecciones comúnmente conocidas son virales, por ejemplo, la gripe o la COVID-19, fúngicas, por ejemplo, la tiña o el pie de atleta, o bacterianas que incluyen infecciones de la piel e intoxicación alimentaria.

Otro tipo de infección sería la que se contrae en las áreas de un hospital u otro servicio de salud mejor conocida como **infección nosocomial**.

Una *infección nosocomial* puede definirse como: una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son:

1. **Infecciones de vías Urinarias.**
2. **Infecciones del sitio de una intervención quirúrgica.**
3. **Neumonía nosocomial.**
4. **Bacteriemia nosocomial.**

Otras infecciones nosocomiales más frecuentes e importantes serían:

- Las infecciones de la piel y los tejidos blandos.
- La gastroenteritis es la infección nosocomial más común en los niños, cuyo principal agente patógeno es un rotavirus. Clostridium difficile es la principal causa de gastroenteritis en adultos.
- La sinusitis y otras infecciones entéricas, las infecciones de los ojos y de la conjuntiva.
- La endometritis y otras infecciones de los órganos genitales después del parto.

Los métodos de transmisión de las infecciones nosocomiales son:

- **Fecal-oral.**
- **A través de vectores.**
- **Vía aérea.**
- **Vía sanguínea.**

Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos.

La actividad de vigilancia epidemiológicas de las infecciones nosocomiales abarca la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la prevención, identificación temprana, estudio y control de las infecciones de este tipo.

En la clasificación de intervenciones de enfermería NIC podemos encontrar también el cómo prevenir y controlar las infecciones según sea el caso, por ejemplo:

- **Protección contra las infecciones** **6550**
- **Control de infecciones** **6540**
- **Control de infecciones: intraoperatorio** **6545**

Protección contra las infecciones 6550

Definición: prevención y detención de la infección en pacientes de riesgos.

Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Revisar los antecedentes de viajes internacionales y globales.
- Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.
- Seguir las precauciones propias en pacientes con neutropenia, si es el caso.
- Limitar el número de visitas, según corresponda.
- Evitar el contacto estrecho entre las mascotas y los huéspedes inmunodeprimidos.
- Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles.
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
- Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Obtener muestras para cultivo, si es necesario.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.
- Fomentar el descanso.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.
- Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio, según corresponda.
- Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado.
- Administrar un agente de inmunización adecuado.
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- Utilizar los antibióticos con sensatez.
- No administrar un tratamiento con antibiótico para las infecciones virales.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional sanitario.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Eliminar las frutas frescas, verduras y pimienta de la dieta en pacientes con neutropenia.
- Retirar flores y plantas naturales de la habitación privada, si es necesario.
- Garantizar la seguridad del agua mediante hipocloración e hipercalentamiento.
- Notificar la sospecha de cultivos positivos al personal de control de infecciones.

Definiciones: minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.
- Mantener técnicas de aislamiento apropiadas.
- Limitar el número de las visitas, según corresponda.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.
- Usar guantes estériles, según corresponda.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Rasurar y limpiar zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía.
- Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías centrales a la cabecera del paciente.
- Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y botellas de nutrición parental total.
- Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
- Cambiar los sitios de las vías i.v. periférica y central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los Centros de Control y Prevención de las Enfermedades.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga.
- Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de reaparición de los síntomas, según corresponda.
- Fomentar una respiración profunda y tos, según corresponda.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Fomentar una ingesta de líquidos, según corresponda.

- Fomentar el reposo.
- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.
- Administrar un agente de inmunización, cuando sea adecuado.
- Ordenar al paciente y a la familia que tome antibióticos, según prescripción.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Fomentar una conservación y una preparación seguras de los alimentos.

Control de infecciones: intraoperatorio 6545

Definición: prevención de la infección nosocomial en el quirófano.

Actividades:

- Limpiar el polvo con un paño húmedo de las superficies planas y las lámparas del quirófano.
- Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 y 24°C.
- Monitorizar y mantener la humedad relativa entre el 20% y el 60%.
- Monitorizar y mantener un flujo de aire laminar.
- Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano.
- Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados.
- Aplicar precauciones universales.
- Asegurarse de que el personal de quirófano viste las prendas apropiadas.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.
- Monitorizar las técnicas de aislamiento, según corresponda.
- Verificar la integridad del embalaje estéril.
- Verificar los indicadores de esterilización.
- Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas.
- Realizar el cepillado de manos y uñas y utilizar bata y guantes, según las normas del centro.
- Ayudar a colocarse los guantes y la bata a los miembros del equipo.
- Ayudar a cubrir al paciente asegurando la protección ocular y minimizando la presión sobre las partes corporales.
- Separar los suministros estériles de los no estériles.
- Monitorizar la esterilidad del campo quirúrgico y el suministro correcto del material.
- Mantener la integridad de los catéteres y las vías intravasculares.
- Inspeccionar la piel/tejidos alrededor de la herida quirúrgica.
- Aplicar paños absorbentes para evitar la acumulación de la solución antimicrobiana.
- Aplicar solución antimicrobiana en la zona de incisión, según las normas del centro.

- Extraer los paños absorbentes.
- Obtener cultivos, si es necesario.
- Detener la contaminación cuando se produzca.
- Administrar la antibioterapia apropiada.
- Mantener el quirófano limpio y ordenado para limitar la contaminación.
- Aplicar y fijar los vendajes quirúrgicos.
- Retirar los paños y suministros para limpiar la contaminación.
- Limpiar y esterilizar los instrumentos del modo apropiado.
- Coordinar la limpieza y preparación del quirófano para el siguiente paciente.

El conocer los riesgos y tomar las medidas adecuadas para el control de infecciones puede ayudar a prevenir la propagación de microbios y las enfermedades.

Ahora continuaremos con el tema de **Aislamiento** que es otros de los temas de la unidad.

El aislamiento es el conjunto de procedimientos que separa personas infectadas de las susceptibles, durante el periodo de transmisibilidad en lugares que permitan dar corte a la cadena de transmisión.

Los aislamientos que se utilizan actualmente se basan en la aplicación de barreras (*físicas y espaciales*) y precauciones estándar para el rompimiento de la cadena de transmisión.

El aislamiento está indicado ante la sospecha clínica o evidencia de una enfermedad transmisible. En el momento de la indicación, es necesario considerar lo siguiente:

- El objetivo es aislar el foco infeccioso y no necesariamente al paciente.
- Establecer las medidas de aislamiento adecuadas, sin exagerarlas ni minimizarlas.
- El aislamiento no es igual en todos los casos y, por lo tanto, los materiales necesarios y técnicas varían entre uno y otro dependiendo del objetivo que desee lograr.
- El aislamiento está dirigido a interrumpir la cadena de infección actuando principalmente sobre las vías de transmisión.
- El periodo de aislamiento debe durar hasta que la fase infecciosa de la enfermedad (*periodo de transmisibilidad*) haya terminado.

Los objetivos del aislamiento son:

- Interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa a fin de prevenir el contagio entre pacientes y comunidad.
- Prevenir y controlar los brotes epidémicos de enfermedades transmisibles, disminuyendo el número de epidemias y el número de personas infectadas.
- Controlar la contaminación microbiológica ambiental a fin de evitar transmisión de los agentes infecciosos por esa vía.
- Racionalizar recursos humanos y materiales para la atención de los pacientes con enfermedades infecciosas.

Todos los pacientes durante su estancia hospitalaria serán identificados conforme a la siguiente clasificación:

1. Pacientes con precauciones estándar (**tarjeta roja**).
 2. Pacientes con precauciones de contacto (**tarjeta amarilla**).
 3. Pacientes con precauciones por gotas (**tarjeta verde**).
 4. Pacientes con precauciones por microgotas (**tarjeta azul**).
 5. Pacientes inmunocomprometidos (**tarjeta gris**).
 6. Pacientes con precauciones por colonización de agentes multidrogo resistentes o de interés epidemiológico (**tarjeta naranja**).
- Es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) evaluar y verificar la clasificación de los pacientes hospitalizados .
 - Es responsabilidad del médico tratante notificar de manera inmediata a la UVEH sobre cualquier sospecha o casos de enfermedad infecciosa de reporte obligatorio.
 - La única área facultada para implementar las tarjetas de medidas de precaución, suspenderlas o reclasificarlas es la UVEH.

Tipos de aislamientos:

- **Aislamiento estricto o por vía aérea:** se aplica a patologías que se transmite a partir de partículas eliminadas por vía aérea y que pueden permanecer en el aire por largos periodos de tiempo.
- **Aislamiento respiratorios por gotitas:** sospecha de pacientes infectados con microorganismos que se transmite en partículas mayores a 5mm es decir que sedimentan por gravedad.
- **Aislamiento por contacto:** ese sistema evita la contaminación e infección de gérmenes a través de 2 mecanismos:
 - Contacto directo: Piel- Piel.
 - Contacto indirecto: piel-objeto-piel.
- **Aislamiento protector o inverso:** se utiliza para proteger a pacientes inmunodeprimidos, como pueden ser los trasplantados, pacientes que reciben grandes dosis de medicación inmunodepresora, personas con leucemia o personas con leucopenia, que no estén infectados.
- **Aislamiento entérico o digestivo:** este aislamiento va encaminado a evitar la diseminación a través de materias fecales y en algunos casos de objetos contaminados por determinados microorganismos.

Medidas de aislamiento:

Para prevenir la exposición del personal sanitario a los riesgos biológicos y disminuir la transmisión de patógenos. Hay que seguir las siguientes medidas.

- Higiene de manos.

- Uso de guantes.
- Uso de mascarillas.
- Uso de batas y otros elementos de protección.
- Equipos de cuidados para el paciente.

Entonces tenemos que el aislamiento tiene como objetivo el prevenir la propagación de microbios en el hospital y controlar las infecciones asociadas a la atención sanitaria. La higiene de manos es la medida primordial para reducir la incidencia y la propagación de microorganismos resistentes a los antimicrobianos.

Ahora continuaremos con el último de tema que trata sobre las **úlceras por presión (UPP)**.

La *úlceras por presión* (UPP) es una 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.

La UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie estreña durante un período prolongado.

Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

- Presión.
- Fricción.
- De pinzamiento vascular.

En esto también encontramos factores de riesgos los cuales son:

1. Fisiopatológicos.
2. Derivados del tratamiento.
3. Situacionales.
4. Del entorno.

La valoración clínica es esencialmente interdisciplinaria, desempeñado por el personal de enfermería un papel primordial.

Entre ellos encontramos:

- **La valoración del paciente:** que 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.
- **Valoración de la lesión:** cuando se ha desarrollado una UPP es necesario una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya:
 - A. **Localización y números de lesiones.**
 - B. **Estadio:** se clasifican en función de la profundidad de la herida y el grado de daño en la piel.

La prevención es el objetivo inicial contra las UPP para evitar su aparición, entonces para prevenir, debemos tener en el paciente los:

- Cuidados de la piel.
- Reducir la carga mecánica.
- Superficies de apoyo.

En clasificación de intervenciones de enfermería NIC podemos encontrar el cómo prevenir y cuidar las UPP. Por ejemplo:

- **Prevención de úlceras por presión 3540**
- **Cuidados de las úlceras por presión 3520**

Prevención de úlceras 3540

Definición: prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
- Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión, según el protocolo del centro.
- Animar al paciente a no fumar y a evitar la ingesta de alcohol.
- Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.
- Documentar el peso y los cambios de peso.
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
- Darse vuelta continuamente cada 1-2 horas, según corresponda.
- Darse vuelta con cuidado (p.ej., evitar cizallamiento) para evitar lesiones en una piel frágil.
- Poner el programas de cambios posturales al lado de la cama, según corresponda.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar posición al menos una vez al día.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.

- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda.
- Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente.
- Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra.
- Humedecer la piel seca intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.
- Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.
- Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente a desplazar el peso con frecuencia.
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Ayudar al paciente a mantener un peso saludable.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.

Cuidados de las úlceras por presión 3520

Definición: facilitar la curación de úlceras por presión.

Actividades:

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud x anchura x profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.
- Aplicar calor húmedo a la úlcera para la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
- Desbridar la úlcera, si es necesario.
- Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.
- Utilizar una aguja del calibre 19 y una jeringa de 35 ml para limpiar las úlceras profundas.
- Anotar las características del drenaje.
- Aplicar apósitos adhesivos permeable a la úlcera, según corresponda.
- Remojar con solución salina, según corresponda.

- Aplicar pomadas, según corresponda.
- Aplicar vendajes, si está indicado.
- Administrar medicaciones orales, según corresponda.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
- Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
- Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda.
- Utilizar dispositivos en la cama (badana) para proteger al paciente.
- Asegurar ingesta dietética adecuada.
- Controlar el estado nutricional.
- Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de continuidad de la piel, según corresponda.
- Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
- Iniciar los servicios de consulta con la enfermera estomaterapeuta, según sea necesario.

Las úlceras por presión representan un significativo problema para pacientes, profesionales y sistemas sanitarios. Presentan una incidencia y una prevalencia importantes a nivel mundial. Su carácter iatrogénico plantea que su aparición es evitable y su incidencia es un indicador de calidad científico- técnica tanto en el ámbito de atención primaria como en el de la especializada.

En conclusión, los cuidados de enfermería deben tener dimensión ética y benevolencia al paciente y responsabilidad en el cuidado integral, dentro de los principios humanitarios.