

AUTORES

- **Prof. Lic. María Cristina Piñeyro (Directora de Enfermería)**
- **Lic. Tactaca, Verónica (Enfermera en Consultorios Externos) Lic. Fuentes, Alicia. (Enfermera en Consultorios Externos)**
- **Lic. Godoy, Arcilia. (Enfermera jefe en Consultorio Externos)**
- **Lic. León, Rosa (Enfermera Jefe Internación General de Cirugía)**
- **Enf. Castro, María del Carmen (Enfermera en Internación General de Cirugía)**
- **Prof. Lic. Vilte, Verónica. (Enfermera jefe en Internación General de Cirugía)**
- **Lic. Lidia Molina (Enfermera Jefe en Hospital de Día)**
- **Lic. Norma Calderón (Supervisora de Enfermería)**
- **Lic. Silvia Laura (Enfermera en control de Infecciones)**
- **Lic. Espinosa, Graciela (Enfermera Jefe en Quimioterapia Internación)**

❖ LA ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO ANGEL H. ROFFO

✓ Rol de Enfermería.

- El rol de la enfermera es la preparación, control y administración de los citostáticos
- Verificar la identidad del sujeto en estudio
- Proporcionar información de los procedimientos a realizar
- Verificar los viales, fecha de vencimiento y N° de lote
- Tener previsto un plan para los posibles efectos secundarios o hipersensibilidad
- Seleccionar el equipo y los materiales que se indica para dicho estudio
- Interrogar al paciente si tiene antecedentes de alergias a fármacos
- Interrogar si tomo la premedicación vía oral
- Reconstituir los citostáticos siguiendo las directrices que indica el protocolo
- Seleccionar una vena y colocar venopuntura
- Verificar retorno venoso
- Administrar premedicación, antieméticos y corticoides si están indicados en el estudio
- Administrar los citostáticos según prescripción médica
- Vigilar al suero durante la infusión
- Al finalizar la infusión verificar retorno venoso
- Tomar signos vitales antes y después de la infusión
- Registrar los medicamentos administrados (dosis, miligramos y mililitros dilución)
- Horario de inicio y finalización de infusión
- Los viales no se deben descartar, son almacenados en un lugar establecido en bolsas especiales, indicando claramente el nombre del sujeto, fecha y número de protocolo
- No se reutiliza el volumen sobrante de un vial para infundir a otro sujeto
- Los viales son retirados por unos monitos del laboratorio investigador
- Registrar cualquier tipo de molestias o síntomas que experimente antes, durante o después de la infusión.
- Educar al sujeto sobre el protocolo quimioterapéutico, toxicidad o efectos adversos posibles
- Todos los registros se harán con letra legible sin tachaduras, ni correcciones y con tinta negra
- Estar en comunicación permanente con el médico responsable del estudio en la Institución, para así poder despejar dudas si las hubiese
- Antes de comenzar el protocolo se realiza la presentación del citostático nuevo, o esquema de administración del estudio clínico donde se realiza un adiestramiento al equipo que integra el protocolo clínico y se entrega un manual instructivo

La creación de la Enfermería Oncológica ha surgido ante la inminente demanda de profesionales de la salud, capacitados para trabajar en la amplia gama de necesidades asociadas al tratamiento del cáncer.

Hay que tener en cuenta que el paciente no es sólo una patología, sino un ser humano que padece una dolencia en particular, en el caso de estar con tratamiento oncológico o personas cargadas de angustia e incertidumbre ante la enfermedad, que mucho conlleva de carga social. Posee muchas expectativas sobre los resultados que cualquier otra persona sometida a una internación corriente.

Una de las tareas más difíciles y complicadas que debe realizar la enfermera es precisamente el manejo de un ser humano y no una patología.

Por eso, el grupo de trabajo que asumimos esta temática, tenemos todos los días que crecer, esperando que este trabajo no sirva sólo de información sino de impulso para la creación de la enfermería oncológica reconocida en todos los niveles de atención de la salud.

La cirugía oncológica desempeña un papel irremplazable en el tratamiento del tumor primario y en algunas localizaciones metastásicas. Enfermería juega un papel fundamental en el contexto quirúrgico, en el que se ve inmerso el paciente. Por lo que los cuidados estarán basados en satisfacer las necesidades alteradas de los pacientes como así también prevención y detección de posibles complicaciones.

Enfermería debe ser capaz de planificar acciones para las distintas etapas del preoperatorio.

Las acciones de Enfermería estarán orientadas a

Reducir la ansiedad mediante una adecuada explicación de los procedimientos pre y postoperatorios.

➤ **Preoperatorio**

- **Mantener o mejorar el estado general:** valorar estado nutricional, la integridad de la piel y la respuesta a tratamientos previos.
- **Preparación preoperatoria** de acuerdo con el tipo de cirugía planificada. Resulta indispensable una correcta preparación preoperatoria con el fin de disminuir posibles riesgos en el postoperatorio tales como: alteración en la ventilación, aspiración del contenido gástrico, arritmias cardíacas, depresión miocárdica por fármacos e hipotensión progresiva debido a hemorragias, entre otras.
- **Prevención y detección de complicaciones.**

➤ **Postoperatorio**

El postoperatorio comprende dos etapas:

- **Recuperación de la anestesia y del trauma** producido por la cirugía.
- **Rehabilitación del paciente**, que se extiende hasta que es posible realizar gran parte de sus actividades normales.

El cuidado de enfermería debe dirigirse a

- Mantener una posición fisiológica adecuada al tipo de intervención quirúrgica realizada.
- Evaluación del nivel de conciencia
- Mantenimiento de la temperatura corporal.
- Valoración de la permeabilidad de la vía aérea.
- Valoración y control de la herida quirúrgica, colgajos, drenajes, vendajes.
- Valoración de signos y síntomas.
- Valoración del dolor
- Administración del tratamiento prescrito y valoración de la respuesta.
- Prevención y detección de complicaciones.
- Fomentar la de ambulación precoz.
- Valoración de trastornos emocionales del paciente y familia.
- Brindar información sobre pautas de alarma previo-alta. Fomentar su auto cuidado.

Las infecciones posquirúrgicas, constituyen una de las complicaciones que pueden influir directamente sobre el éxito del tratamiento y son causa de prolongación de internación.

La forma más efectiva de prevención es respetar

- ***El lavado de manos*** de todo el personal de salud y las visitas antes y después de tomar contacto con el paciente y su entorno
- Respetar las ***curaciones estériles***.
- Las ***normas de Bioseguridad*** universales específicas para cada praxis.
- Las normas de ***limpieza hospitalaria***.

¿QUE SIGNIFICA ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY RECOVERY (E.R.A.S.)?

MEJORIA DESPUES DE LA CIRUGIA

Este protocolo define una combinación de estrategias Interdisciplinarias donde trabajan profesionales de distintas áreas: Médicos clínicos, Cirugía, Anestesia, Nutrición, Psicología y un eslabón fundamental que es la Enfermería, brindando cuidados integrales en las fases preoperatorias, intraoperatorias y postoperatoria, basadas en la evidencia científica que trabajan sinérgicamente para mejorar la recuperación funcional de los pacientes después de la cirugía. En la actualidad se está aplicando el protocolo ***ERAS*** en los pacientes de Gastroenterología con antecedentes de Cáncer de páncreas, vía biliar, hígado, colon.

❖ Beneficios para los pacientes

- Disminuye el estrés psicológico, físico, familiar y social
- Reduce las complicaciones postoperatorias.

- Acorta los tiempos de internación.
- Permite la reinserción temprana a sus actividades habituales domiciliarias.

❖ **Beneficios Para el Hospital**

- Aumenta la capacidad de procedimientos que pueden realizarse y la disponibilidad de giro cama, ya que se acortan en un 50% los tiempos de internación.
- Reduce el costo económico, ya que se estima que las complicaciones postquirúrgicas disminuyen el 30% - 50%

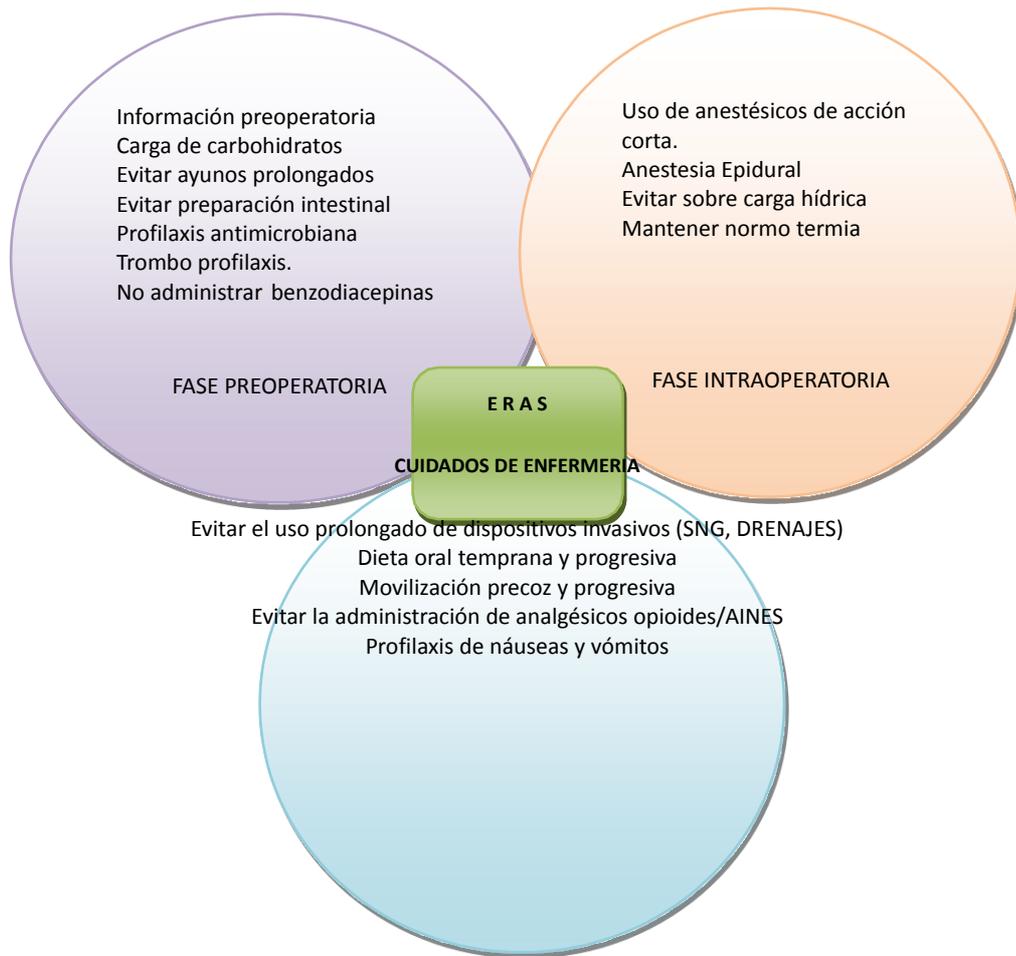
❖ **Rol de Enfermería**

- Acompañamiento, asesoramiento y seguimiento del protocolo del paciente desde su ingreso en el contexto quirúrgico, hasta el alta del mismo.
- Aplicar cuidados basados en satisfacer las necesidades alteradas del paciente como así también la prevención y detección precoz de posibles complicaciones.
- Planificar y ejecutar acciones específicas en las distintas etapas del Perioperatorio.

PREMISAS BASICAS DE ENFERMERIA EN EL PERIOPERATORIO

➤ **Cuidados de Enfermería en el preoperatorio**

- Brindar información y asesoramiento en relación con el protocolo
- Verificar ayuno no mayor a 6 h. Estos pacientes deben recibir una colación a las 23 h, adecuada por el servicio de nutrición
- Administrar tratamiento de hidratos de carbono (MALTODEXTRINA), previo a la cirugía 6 AM, mantiene los valores normales de la glucemia.
- Controlar la glucemia a los pacientes con antecedentes de DBT (no administrar insulina).
- Administrar según indicación médica profilaxis de antitrombóticos SC (por lo general se suspenden entre 12 a 24 h previo a la cirugía), lo evalúa servicio de hematología. Administrar tratamiento de hidratos de carbono (MALTODEXTRINA), previo a la cirugía 6 AM, mantiene los valores normales de la glucemia.}



- Controlar la glucemia a los pacientes con antecedentes de DBT (no administrar insulina).
- Administrar según indicación médica profilaxis de antitrombóticos SC (por lo general se suspenden entre 12 a 24 h previo a la cirugía), lo evalúa servicio de hematología.
- Prestar atención en pacientes con antecedentes de alteración en la coagulación, deberán suspender anticoagulantes 7 días previos a la cirugía.
- Administrar según indicación médica profilaxis de Antibióticos.
- Evitar la administración de benzodicepinas.

➤ **Cuidados de Enfermería en el posoperatorio**

La recuperación inmediata comienza en terapia intensiva (UTI) las primeras 24 h o en sala de internación general de cirugía según lo requiera el estado fisiológico del paciente hasta el alta.

- Evaluación del estado de conciencia post anestesia, por lo general reciben bloqueo epidural, lo que reduce efectos secundarios en el post operatorio.
- Controlar los signos vitales, prestarles atención para detectar complicaciones.
- Para el control del dolor en el post operatorio inmediato se evitará la administración de opioides y derivados. En cuidados intensivos recibirá lidocaína al 2% en dosis analgésica por BIC y monitorización continua.
- Controlar los dispositivos que trae el paciente, (AVP, AVC, SNG, SV, DRENAJES) los mismos serán retirados en el menor tiempo posible según lo indique el médico por escrito.
- Iniciar ingesta vía oral de forma precoz y progresiva.
- Evaluar tolerancia a la dieta.
- Iniciar en sala deambulación, precoz y progresiva.
- Controlar patrón de eliminación urinaria e intestinal.
- Realizar balance hídrico.
- Realizar curación de herida quirúrgica, observar evolución de esta.
- Brindar pautas de alarma, para que el paciente nos pueda manifestar cualquier cambio anormal en su recuperación.
- Registrar en hoja de Evolución de Enfermería todas las observaciones del paciente durante su internación en el instituto.

El Rol de enfermería es fundamental en la implementación del protocolo ERAS, brindar cuidados integrales durante el Perioperatorio, con el objetivo de mejorar la evolución, calidad y seguridad de los pacientes.

➤ **Cuidados de Enfermería en pacientes Ostomizados**

Se abordan los cuidados de enfermería que incluyen la atención de cuidados al osteoma e higiene y recomendaciones en la dieta. No debemos olvidar que los pacientes Ostomizados presentan particularidades específicas, tanto a nivel físico como psicológico y de relación con la familia y amistades. Ellos hacen que la patología vaya acompañada de un alto nivel de ansiedad, por lo que la información es de gran ayuda para conllevar la enfermedad y el manejo en el auto cuidado, con resultados positivos en gran medida tanto en el paciente, con la familia y/o el cuidador.

✓ **Tipos de osteomas**

- **Traqueotomía.** Es una apertura quirúrgica en la tráquea entre el segundo y cuarto anillo.
- **Indicaciones.** Ventilación mecánica prolongada.
Obstrucción grave de la vía aérea.
- **Tipos:** Temporales / Permanentes.
- **Colostomía.**
Ileostomía. Se trata de pacientes cuyo osteoma procede de la parte terminal del íleon.

Urostomía. Es una técnica quirúrgica que utiliza una parte de íleon (intestino delgado), para convertirlo en “vejiga” y abocarlo afuera a través de la piel; es pues, una ostomía de vaciamiento urinario.

Gastrostomía. Se pueden hacer a nivel endoscópico a través de la piel (percutánea).

Indicaciones: En pacientes neurológicos, o prolongación de la alimentación por SNG y contraindicada en patologías digestivas. Ostomía de alimentación.

Yeyunostomía. La inserción de una sonda de alimentación en intestino delgado por medio de una laparotomía. Ostomía de alimentación.

✓ **Pautas que seguir**

- Brindar educación, tanto al paciente como al familiar y/o cuidador.
 - Valorar el conocimiento del sujeto y/o familiar, así como su nivel cultural, de aprendizaje, etc. Hay que abordar cuestiones básicas
-
- ✓ Identificar, entre enfermería y la familia, sus dudas u objetivos de enseñanza.
 - ✓ Indicar lo que debe saber o necesita aprender, será mucho más fácil y práctico.
 - ✓ Promover su participación, que el mismo despeje sus dudas antes de marcharse a su casa.
 - ✓ Involucrar activamente al paciente y/o familiar.
 - ✓ Comprometerlo con el proceso de aprendizaje, contribuyendo así, al AUTOCUIDADO por parte del paciente.
 - ✓ Confeccionar por escrito estas normas básicas de ingreso a la unidad y entregárselo al paciente en el momento del alta para su tranquilidad, ya que pueden consultarlo cuando necesiten.

- Al principio lavar el ostoma, con agua y jabón neutro y secar con gasas o algodón.
- Al lavar no efectuar fricciones enérgicas.
- No utilizar sustancias irritantes sobre la estoma como alcohol, colonia, etc.
- Colocar dispositivo ajustado a la estoma para evitar complicaciones, pero sin oprimir.
- Mantener la piel que está debajo de la bolsa limpia y seca en todo momento.
- Si la velloidad alrededor es abundante, no afeitarlo, no utilizar depilatorios, únicamente cortarla con tijeras.
- Es preferible usar la ducha o baño con bolsa en ileostomía, o sin bolsa en colostomía.
- Respecto al estoma, al principio estará un poco inflamado, por lo que se usará un diámetro un poco mayor al que tenga. Progresivamente reducirá de tamaño, por lo que se utilizará el medidor para ajustar mejor el orificio de la bolsa al ostoma.
- Hay que recordar que al principio es normal que sangre un poco el ostoma.
- Recomendarle no levantar peso mayor a 10-15 Kg., con el fin de evitar posibles hernias.
- Comentar al paciente que cuando acuda a otro centro hospitalario, informe al personal de que es portador de colostomía, para evitar errores como el forzar para poner un enema o supositorio a través del ano, cuando no procede en dicho caso. O en caso de preparación intestinal prequirúrgico o diagnóstico, facilitarle material para que pueda sentirse cómodo
- Hay que informar que los suplementos de hierro, analgésicos narcóticos, antipsicóticos, antidepresivos, sedantes y anti-parkinsonianos producen estreñimiento.
- Recomendaciones dietéticas, es regular el tránsito intestinal y evitar así las diarreas y estreñimiento, así como restablecer un buen estado nutricional.

✓ **Colostomía**

- Dar a conocer los elementos que compone, como bolsas de una pieza, placa y bolsa de dos piezas, medidor, folleto informativo sobre el cuidado del ostoma y consejos dietéticos, materiales y teléfono de contacto
- Enseñar al paciente y al familiar, que existe el sistema de una sola pieza caracterizados porque la bolsa colectora y adhesivo son una unidad, y pueden ser transparentes, opacas, con filtro, abiertas, cerradas, etc. Asimismo, puede optar también por el set con sistema de dos piezas, a diferencia de las anteriores el dispositivo consta de dos elementos: en primer lugar, un sistema de adhesivo protector más aro de enganche, que se fija a la piel y que puede permanecer hasta una semana dependiendo del estado de la piel, y, en segundo lugar, una bolsa colectora con otro aro de enganche que será la que el paciente cambie con frecuencia.
- El cambio de bolsa está indicado según el número de evacuaciones.

- Se le debe informar que en un intervalo de cuatro semanas se debe controlar el ostoma, midiendo el diámetro con un medidor de ostomas ya que los primeros tres meses puede reducir su tamaño. El paciente que es dado de alta sin esta información seguirá utilizando las primeras bolsas y continuará con el mismo diámetro que con el que se marchó. Cuando se reduce el edema y comienza la cicatrización se reducirá el diámetro de este, por lo que paralelamente se deberá reducir el diámetro de la bolsa y evitar las dermatitis de contacto irritativas.

✓ **Consejos generales**

- Hay que tener en cuenta el tipo de intervención quirúrgica para escoger el tipo de alimentación.
- Asesoramiento conjunto con el médico.
- Ciertos alimentos y bebidas que son gaseosos tienen efecto maloliente y desagradable.
- Hay que masticar correctamente los alimentos, así como tener una buena higiene bucal.
- Hay que tomar las comidas a unas horas fijas y con calma.
- Los tres primeros meses, hay que comer con precaución y aumentando progresivamente el régimen alimenticio.
- Evitar los alimentos que produzcan fermentaciones (gases abundantes), como las legumbres, verduras en exceso, etc.
- Algunos medicamentos pueden alterar su evolución.
- Evitar el exceso de peso ya que altera la estoma.
- En las colostomías sigmoideas, o transversas cercana al sigma se requiere una alimentación lo más próxima a la normalidad; evitando legumbres secas, col, cebolla, ajo, especias, cerveza, sidra, bebidas heladas, et
- En colostomía derecha, o transversa próxima a duodeno, evitar los embutidos, grasa cruda o cocida, verdura cruda o pastosa, pan integral, bebidas excitantes, café, té, alcohol. Algunas personas toleran mal la leche, otras el zumo de fruta; con el tiempo, el conocimiento e introducción de alimentos variados para saber su tolerancia es un ejercicio para cada enfermo.

✓ **Ileostomía**

- Informar al paciente de las características del débito de las heces son más líquidas.
- El maletín o set de dispositivos del que va a disponer se centrará sobre todo en el uso de dos piezas, ya que la evacuación es mayor que en la colostomía.

✓ **Urostomia**

Las recomendaciones se centran en recordar o reforzar el auto cuidado de la estoma:

- Higiene de la estoma, con solución fisiológica o agua tibia. Secar muy bien.
- Aplicar dispositivo (una pieza o dos piezas).
- Enseñar al paciente que se ajuste el diámetro de la bolsa al estoma, para evitar irritaciones a nivel dérmico, por contacto de la orina (urea) con la piel; a diferencia de la colostomía, ya que las heces son mucho menos corrosivas que la orina.
- Hay que darle información como medidas de la estoma, dispositivo que se va a llevar a casa.
- Informar que la ducha-baño, pueden practicarla, aunque la emisión de orina es continua y puede resultarle desagradable a muchos.
- Por la noche, habrán de conectar su bolsa colectora a una bolsa de recogida de mayor volumen para permitir el descanso nocturno.
- Recomendaciones dietéticas. Seguir una dieta equilibrada para evitar exceso de peso.
- Mantener ingesta líquida de 2 - 3 litros para mantener una orina diluida.
- Evitar una orina alcalina, manteniendo su acidez con una dieta rica en trigo integral, queso, carne y pescado, y restringiendo la leche, frutas y/o verduras.

✓ **Gastrostomía**

Se debe cuidar diariamente el estoma y piel circundante:

- Lavar con solución fisiológica, secar bien y aplicar gasa alrededor del estoma y vigilar el exudado.
Cuando la mejoría del mestoma sea evidente dejar la zona periestomal al aire para evitar maceraciones, o cubrir cuando la exudación sea excesiva, cambiando el apósito cuando sea necesario.
- Limpiar la sonda con 30 ml de agua antes y después de cada alimentación intermitente, o de la administración de medicamentos, y cada 3 - 4 h durante la alimentación continua.
- Registrar fecha, hora, estado de la piel periestoma y del stoma la tolerancia del paciente al procedimiento.
- Valorar probables complicaciones de la dieta como vómitos, deposiciones diarreicas o estreñimientos
- Recordar que existen complicaciones de la gastrostomía como: desprendimiento del estómago del peritoneo, evisceración, infección de la herida, hemorragia, fístula, con el cuidado del estoma puede haber una obstrucción del tubo e irritación de la piel circundante, y con respecto al tubo puede haber fuga del contenido gástrico
- La alimentación a través de la sonda de gastrostomía comienza con agua y cuando es tolerada se le puede pasar a una fórmula nutricional.

✓ **Yeyunostomía**

Tener en cuenta la importancia en el soporte nutricional.

- Tener en cuenta que sus complicaciones son diarrea, salida del tubo, hernia de intestino, fístula intestinal y abscesos.
- La alimentación es a través de la sonda de Yeyunostomía. Comienza con agua y una vez tolerada sólo debe administrarse una fórmula nutricional, según marca el servicio de dietética.
- Se recomienda comenzando con bombas de infusión, para que su asimilación sea más tolerada.
- Educación en su administración de la dieta al paciente, familiar o cuidador.

➤ **Cirugía de Cabeza y Cuello**

Anatómicamente la región del cuello constituye una zona donde se concentra una cantidad de estructuras vitales, por tanto, la enfermería debe desarrollar una gran capacidad de observación junto a un amplio conocimiento anatomo fisiológico para poder detectar rápidamente signos y síntomas de alteración de funciones vitales que presente el paciente.

La cirugía de los tumores de cabeza y cuello pueden afectar en forma permanente o transitoria las funciones de fonación, deglución y respiración por alteración de las vías aéreas altas.

✓ ***En el postoperatorio el cuidado de enfermería debe dirigirse a***

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea alta.
- Posición de fowler o semifowler.
- Cabeza apoyada sobre almohada.
- Nebulizaciones a demanda.
- Quinesia respiratoria.
- Aspiración de secreciones a demanda.
- Cuidados de la traqueotomía: mantener la permeabilidad de la cánula, proceder a su reemplazo según normas de la Institución, valoración y protección del periestoma.
- Oxigenoterapia, según indicación.
- Mantener el equilibrio hidroelectrolítico y nutricional.
- Administración y control de plan de hidratación.
- Balance de ingresos y egresos
- Higiene escrupulosa de la boca, a demanda.
- Control de permeabilidad y la sonda naso gástrica.
- Cuidados de administración de alimentación enteral: control de residuo y tolerancia
- Prevenir complicaciones.
- Detección de signos y síntomas de hemorragia.
- Detección de signos y síntomas de dificultad respiratoria.
- Control meticuloso de la zona del colgajo: valorar vitalidad de este, teniendo en cuenta cuidado y control de la zona dadora.

- Control de la permeabilidad y débito de los drenajes.
- Detección de signos y síntomas de alteración de la herida quirúrgica y zona adyacentes.
- Control de signos vitales como TA, Fc. resp., Fc. card., Tº, con frecuencia de acuerdo con el tipo de cirugía realizada y al estado del paciente.
- Favorecer la deambulación precoz.
- Movilización y cambios de decúbito activos y pasivos.
- Ejercicios activos y pasivos de miembros inferiores.
- Brindar apoyo emocional.
- Explicar al paciente y familia los procedimientos que se realizarán, desde el momento de su ingreso a la unidad.
- Mostrar una actitud segura y serena.
- Establecer códigos de comunicación escrita o con símbolos según necesidad.
- Suministrar elementos para la comunicación: **Detenerse, observar y escuchar al paciente y la familia.**
- Registrar en Hoja de Enfermería todas las observaciones y acciones realizadas.

✓ **Traqueostomía**

- El babero del estoma debe permanecer siempre limpio.
- La cánula completa (interna y externa) se cambiará todos los días y según su necesidad.
- Mantener la camisa siempre permeable, aspirando las secreciones si lo precisara.
- Realizar técnicas de aspiración de secreciones.
- La alimentación será por sonda naso gástrico hasta que el enfermo vaya educando la deglución.
- Si el enfermo está consciente se le enseñará a comunicarse mediante gestos, escritura.
- Vigilar, sobre todo las primeras horas tras la colocación o el cambio, la posible aparición de hemorragias.
- Estar alerta ante el riesgo de obstrucción mucosa o, sobre todo en las primeras horas, con tapones de sangre.
- Tener el sistema de oxígeno preparado.
- Prepare el material en una mesa auxiliar.
- Cuidados de estoma y piel. Asepsia con solución fisiológica y gasa a diario, secar y colocar babero para evitar la humedad y vigilar signos de infección-exudado.
- Aplicar pomadas en el estoma.
- Cambio de cánula de Traqueotomía.
- Coloque al paciente con la cabeza en hiperextensión e inserte la cánula nueva en el menor tiempo, aunque sin forzar la entrada.
- Verificar la sujeción de la cánula, que no lesione la piel.
- Ponga al paciente en posición cómoda.

✓ Alimentación Enteral

Los preparados distribuidos en frascos rotulados provienen del Servicio de alimentación y permanecen en la heladera hasta media hora antes de su administración.

La alimentación enteral se realiza en goteo por gravedad, de 8 a 20 h, con un flujo variable de acuerdo con el volumen / día de alimento indicado, teniendo en cuenta que la fórmula preparada no debe permanecer más de seis horas a temperatura ambiente.

En caso de suspenderse la administración de una dieta por un tiempo mayor a 3 h (por la realización de una prueba diagnóstica o por la aparición de complicaciones), se debe descartar el frasco, registrando el hecho (hora y causa de suspensión, volumen desechado) en la hoja de enfermería.

Cuando la alimentación es a través de una sonda naso gástrica, durante la administración de la dieta y hasta una hora después de finalizada la infusión, el paciente debe permanecer semi-sentado, con el objetivo de evitar la regurgitación y disminuir el riesgo de broncoaspiración.

Valorar los ruidos intestinales antes de la alimentación inicial y posteriormente, una vez al día como mínimo. Valorar el volumen gástrico residual antes de cada alimentación o cada 4-8 h en caso de pauta continua. (Si el enfermo recibe alimentación por sonda desde hace tiempo y no ha presentado síntomas GI u otros problemas, tal vez baste con controlar el volumen residual una vez al día.).

Si el volumen residual es superior a 100 ml o supera en más de un 10-20% el ritmo horario de alimentación demore ésta entre 30 y 60 min, y después realice una nueva valoración. Así mismo, determine la existencia de distensión abdominal, náuseas o vómitos. Interrumpa la administración si detecta algún problema GI.

Para mantener la vía enteral permeable, irrigarla con 30-60 ml de agua en las siguientes ocasiones:

- Antes y después de cada alimentación intermitente.
- Al menos cada 4 h durante la alimentación continua.
- Antes y después de administrar una medicación.
- Después de obtener y devolver aspirado gástrico, mientras comprueba la colocación de la sonda y el volumen residual.
- Las medicaciones son una causa frecuente de bloqueo de la sonda.
Para reducir al mínimo los problemas, siga estas directrices:

- Siempre que sea posible, administre la formulación líquida del fármaco.
- Diluya adecuadamente el fármaco antes de administrarlo. Las soluciones viscosas aumentan el riesgo de oclusión.
- Si el fármaco sólo existe en forma de tableta o cápsula, pregunte al farmacéutico si puede triturarse o (en caso de cápsulas) abrirse. Nunca triture o abra medicamentos con cubierta entérica. Es posible abrir ciertas cápsulas de liberación prolongada, pero nunca debe triturar los pequeños granitos que hay en su interior.

- Moler las tabletas y comprimidos, lo más fino posible y después disuelva el polvo en agua tibia. En caso de cápsula, ábrala y disuelva su contenido en agua tibia
- Irrigue la sonda con agua tibia (no caliente) antes y después de administrar la medicación.
- Si está administrando más de una medicación, no las mezcle. Entre una y otra, irrigue la sonda con 5-10 ml de agua.
- No mezcle los medicamentos con la fórmula alimenticia, ya que podría provocar interacciones indeseables entre el fármaco y los nutrientes.

✓ **Radioterapia externa**

Con el propósito de minimizar el inevitable daño provocado por los rayos en todo su recorrido y de proteger las adyacencias del tumor irradiado (tejido sano), se emplean equipos y técnicas que actualmente permiten una mayor concentración de la dosis en el sitio enfermo, mejorando la eficacia y limitando las toxicidades del tratamiento.

✓ **Las acciones de Enfermería estarán orientadas a brindar:**

- Información de los procedimientos.
- Información sobre manejo en el hogar, de los efectos secundarios esperados, de acuerdo con la zona irradiada.

- ***Cuidado de la piel***

- a) Lavar la piel con agua tibia, no caliente. Después del lavado, secar mediante leves golpecitos con una toalla suave.
- b) No realizar baños de inmersión. No borrar los campos de tratamiento durante el baño, emplear un jabón neutro, suave no perfumado, no astringente.
- c) No emplear productos perfumados o con polvo en la piel tratada.
- d) Proteger la piel del calor, el frío y la luz solar.
- e) Usar una loción anti solar con factor protector 15 o más elevado (se indica en el frasco).
- f) Proteger la cara y el cuello con un pañuelo o con un sombrero de ala ancha.
- g) Llevar prendas de vestir holgadas. Las ropas ceñidas y los cinturones friccionan y dañan la piel, sensibilizada por las radiaciones.
- h) No usar apósitos adhesivos en la piel irritada.

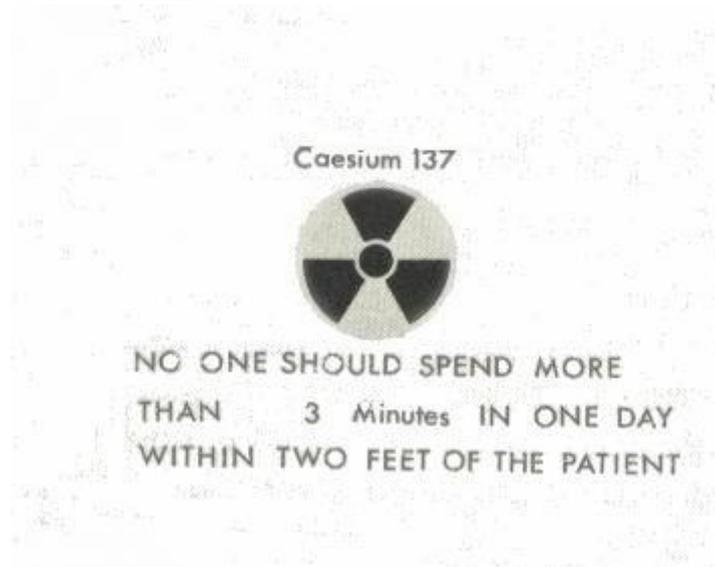
Preparación del paciente

- Información del procedimiento y las restricciones del período postoperatorio.
- De acuerdo con la localización del implante puede requerir reposo en cama, decúbito dorsal obligatorio, dieta especial, sonda vesical o sonda nasogástrica.
- Aislamiento temporal, permanencia en la habitación con la puerta cerrada mientras tenga colocadas las fuentes.
- Hay que informar que Enfermería permanecerá en la habitación sólo el tiempo esencial para la realización de los procedimientos.

Medidas de Bioseguridad

El personal asignado a la atención de estos pacientes deberá respetar la triada:

- **Blindaje.** Uso de dosímetro individual y de Pantalla protectora.
- **Tiempo.** Reducir al mínimo posible el tiempo empleado en los procedimientos.
- **Distancia.** Durante la permanencia en la habitación, conservar un metro de distancia de la fuente radiactiva.
- Exhibición del Símbolo Estándar de Radiactividad en la puerta de la habitación.
- Bandeja conteniendo guantes de látex, pinza larga y contenedor de plomo, para casos de accidente.
- Idealmente las habitaciones deben ser individuales, caso contrario las camas deben guardar una distancia de 2 a 5 m entre una y otra.
- Pantalla plomada protectora rodante, en cada habitación.
- Las visitas no deben permanecer en la habitación más de 30 minutos en 24 horas.
- No se permite el ingreso de menores de 18 años, mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo.



Precauciones especial

- Observar signos de desalojo de los implantes. Si observa algún implante, colóquese los guantes, tómelolo con la pinza larga, colóquelo en el contenedor, registre el hecho y comuníquelo al radioterapeuta en forma inmediata.
- Las secreciones corporales y los materiales no son radiactivos.
- El paciente no emite radiaciones una vez que se retira el implante.

✓ Radioterapia Interna con fuentes sin sellar

Preparación del paciente

- Información del procedimiento y las restricciones del período post tratamiento.
- Aislamiento temporal, permanencia en la habitación con la puerta cerrada.
- El paciente deambula y realiza su cuidado personal, si su estado general se lo permite.
- Enfermería permanecerá en la habitación sólo el tiempo esencial para la realización de los procedimientos.

Medidas de Bioseguridad

- Exhibición del Símbolo Estándar de Radiactividad en la puerta de la habitación.
- Las habitaciones deben ser individuales.
- Las visitas no deben permanecer en la habitación por tiempo prolongado. Se recomienda no tomar contacto directo con el paciente y sus elementos personales por considerarse potencialmente contaminados (ropa de cama, vajilla) ni utilizar el baño paciente.
- No se permite el ingreso de menores de 18 años, mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo

Precauciones especiales

Las secreciones corporales pueden poseer cierto grado de radiactividad, de acuerdo con la dosis de fármaco administrada.

- Usar guantes para manipular elementos o equipos que puedan haber estado en contacto con secreciones o fluidos corporales y recipientes de desechos.
- Lavarse muy bien las manos después de sacarse los guantes.
- Los elementos no desechables (equipos, ropa de cama manchados con fluidos corporales) no deben retirarse de la habitación hasta revisar el nivel de radiactividad.
- Retirarse de la habitación hasta revisar el nivel de radiactividad
- Las heces, orina y vómitos, de acuerdo con la dosis administrada, se desecharán en el baño instruyendo al paciente para que descargue la cisterna dos o tres veces después de utilizarla, o se mantendrán en recipientes tapados hasta la caducidad de la vida media de la fuente radiactiva.
- Es conveniente utilizar camisolín y botas descartables ante la posibilidad de contaminación inadvertida.
- Utilizar vajilla descartable.
- Si la enfermera se contamina la piel, lavar la zona por arrastre con abundante agua, sin frotar.

Bioterapia

Debido a la necesidad de encontrar nuevas terapéuticas para el tratamiento del cáncer, los ensayos clínicos con nuevas sustancias, como anticuerpos y vacunas han tenido un considerable incremento. Enfermería, como parte del equipo de investigación debe estar capacitada para desarrollar su importante rol en la aplicación de estos tratamientos.

Una Práctica Clínica de Calidad, requiere de una Enfermería con conocimiento de los protocolos de estudio sobre el tema, haciendo énfasis en el producto, propiedades farmacéuticas, dosis a administrar, reacciones adversas que pueden presentarse y las medidas a tomar para prevenirlas y/o tratarlas, desde sus incumbencias: información y educación al paciente y familia, preparación y administración de las soluciones, evaluación de la respuesta al tratamiento y documentación adecuada.

❖ CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Educar a los pacientes acerca de los agentes biológicos que van a recibir, prepararlos para participar en los estudios clínicos experimentales, describir los efectos secundarios y la forma de afrontarlos y educar para la auto administración de los medicamentos, la valorización precoz de las necesidades y obstáculos en el aprendizaje (deficiencias y disfunciones físicas, psicológicas y verbales), el uso de materiales escritos y audiovisuales apropiados para reforzar la enseñanza, diseñar un plan específico de enseñanza para el paciente y registrarlo en la historia clínica.

Desde el primer encuentro las enfermeras desempeñan un papel clave en el cuidado de los pacientes sometidos a bioterapia.

- Intervenir en la discusión de la enfermedad y las razones del uso de la bioterapia, en conjunto con el equipo tratante.
- Describir el tratamiento y las pruebas diagnósticas y de laboratorio asociadas, las consultas clínicas, la hospitalización y otros requisitos especiales.
- Mencionar los efectos secundarios comunes provocados por los fármacos y las estrategias específicas para su control.
- Conocer los signos y síntomas que deben comunicarse.
- Demostrar destrezas apropiadas para auto - administrar los medicamentos.
- Enumerar los recursos disponibles que puedan ayudar a afrontar la enfermedad y el tratamiento

Cuidados de los Efectos Secundarios.

Efectos secundarios asociados con la terapia biológica, aunque no representan peligro, tienen un impacto en la calidad de vida del paciente

- Alteraciones sensorio-perceptivas.
- Trastornos en el patrón del sueño.
- Trastornos de la eliminación urinaria.
- Riesgo de lesiones relacionadas con debilidad o hemorragia.
- Riesgo de infección debido a leucopenia.
- Deterioro de la integridad de la piel.
- Diarrea.
- Riesgo de alteración de la integridad de la piel debido a la diarrea
- Déficit del volumen de líquidos.

➤ **Atención de enfermería en los eventos adversos**

- Interrogar al paciente para saber si ha presentado efectos adversos en la administración anterior.
- Controlar los signos vitales en todas las inmunizaciones previas al tratamiento y a las 2 horas de observación.
- Registrar todos los eventos adversos que se evidencien en la historia clínica del paciente.
- Documentar cualquier cambio o efecto producido. Fomentar y aconsejar la necesidad de su seguimiento en el consultorio del médico, ya que el tratamiento es ambulatorio.

➤ **Fiebre**

- Valorar al paciente en busca de fiebre de 38° C, escalofríos, etcétera.
- Medir signos vitales, fundamentalmente temperatura, cada 1 hora.
- Informar al médico.
- Aplicar medidas antitérmicas

➤ **Dolor en el sitio de inyección, eritema local**

- Valorar al paciente en busca de eritemas, dolor, hinchazón en el sitio de inyección.
- No utilizar cosméticos, perfumes, talco, lociones, ni pomadas porque enmascaran la lesión.
- No frotar ni rasar el área.
- No utilizar ropas ajustadas.
- Evitar los traumatismos. debido a la plaquetopenia.

➤ **Vómitos**

- Ajustar la dieta antes y después de la administración del tratamiento (del fármaco) de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Evitar ambiente desagradable a la vista, al olfato y al oído.
- Administrar antieméticos prescritos según se indique.
- Valerse de técnicas de distracción y relajación después del tratamiento

➤ **Dolor**

- Valorar el dolor y sus características: localización, intensidad, frecuencia, duración, irradiación
- Valorar otros factores que puedan contribuir al dolor.
- Administrar analgésicos para lograr alivio óptimo dentro de los límites prescritos por el médico.
- Valorar las respuestas del paciente al dolor y al tratamiento.
- Estimular la práctica de estrategias analgésicas que el paciente haya utilizado en experiencias anteriores con buenos resultados.

➤ **Cefalea**

- Elevar la cabecera de la cama a 30°C.
- Oscurecimiento de la habitación.
- Medidas de confort y bienestar (habitación agradable, oscura, limpia sin ruidos).

- **Normas de Bioseguridad**

No se ha descrito una forma especial de manipular los agentes biológicos. Si se puede decir que no afectan directamente el DNA y no se consideran cito tóxicos.

Se aconseja al personal de enfermería a cargo de su manipulación, revisar las normas institucionales acerca del manejo de los modificadores de la respuesta biológica en el lugar de trabajo.

❖ **QUIMIOTERAPIA**

Su eficacia depende de

- Características biológicas de la enfermedad.
- Características individuales de la persona.

Diferentes tipos de Quimioterapias

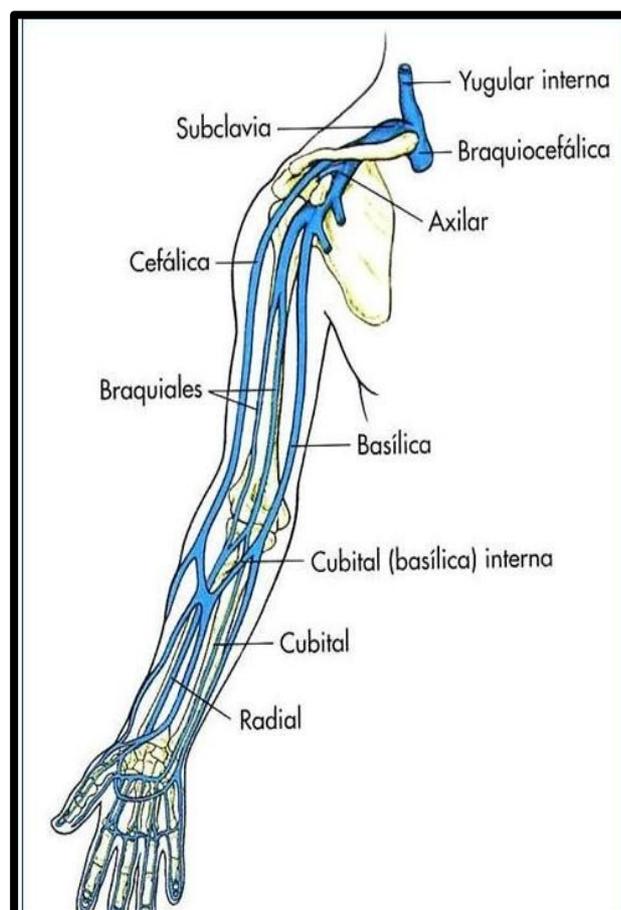
- **Poliquimioterapia:** Es la asociación de varios citotóxicos que actúan con diferentes mecanismos de acción.

- **Quimioterapia adyuvante:** Es la quimioterapia que se administra generalmente después de un tratamiento principal.
- **Quimioterapia neoadyuvante o de inducción:** Es la quimioterapia que se inicia antes de cualquier tratamiento.
- **De inducción:** Se usa con el tratamiento primario, no hay posibilidad de otro. Combinada: administración de dos o más drogas, para intensificar la acción actuando en forma sinérgica.

❖ CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA QUIMIOTERAPIA

❖ *Objetivos*

- Administrar en forma eficaz y segura el tratamiento prescrito.
- Prevenir y controlar complicaciones.
- Ayudar al paciente y su familia a comprender el proceso de tratamiento.
- Valoración, peso, talla (superficie corporal) y c.s. v.
- Conocimiento del diagnóstico.
- Selección del acceso vascular.
- Premedicación.
- Prevenir y controlar complicaciones.
- Normalizar la colocación y el manejo catéteres.
- Alternar sitios de punción.



- Evitar usar venas engrosadas, con hematomas o zonas de flebitis anteriores.
- Evitar extremidades con circulación comprometida (linfoedemas).
- No colocar en las articulaciones.

❖ **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CATETERES IMPLANTABLES (Portacaths)**

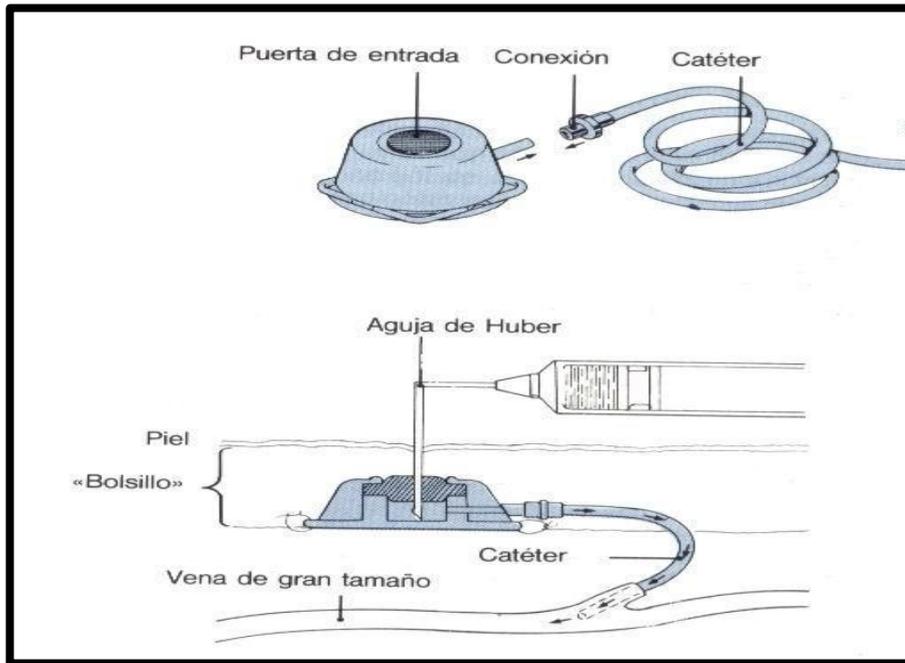
Son dispositivos de acceso venoso totalmente implantable, similares a un AVC tunelizado, pero en lugar de sobresalir del pecho del paciente, el catéter termina en un puerto siliconado por debajo de la piel, la cual funciona como primera barrera de protección.

Los catéteres implantables son adecuados para aquellos pacientes que requieren venopunciones a largo plazo de manera frecuente e intermitente.

La indicación de la colocación debe ser aconsejada por los enfermeros y corre a cargo del médico oncólogo o hematólogo responsable, quien conoce principalmente la duración del tratamiento que depende por lo general del estadio de la enfermedad.

Principio de la técnica de punción para catéteres implantables

- Lavado de manos.
- Preparación del material.
- Explicación al paciente del procedimiento.
- Palpación en búsqueda del portal.
- Descontaminar con solución clorhexidina al 2% y solución hidro-alcohólica al 70%, gasas estériles (técnica limpia) el área del portal, del centro hacia fuera en forma circular.
- Colocar los guates estériles.
- Descontaminar nuevamente con solución clorhexidina al 2% con gasas estériles (técnica estéril).
- Colocar la compresa estéril (fenestrada).
- Tomar la aguja Huber y colocar en su extremo una jeringa estéril.
- Localizar el cuerpo del portal, inmovilizándolo con los dedos de la mano no dominante, palpar con el dedo índice de la otra mano la membrana, manteniendo tensa la piel.
- Punzar en forma suave, firme y perpendicular en el centro de la membrana hasta sentir el tope de la aguja contra el fondo del reservorio.
- Punzar en busca de retorno y conectar al sistema de infusión o realizar la heparinización o la extracción para retro cultivo.
- Fijar las gasas y las tubuladuras.
- Registrar en hoja de enfermería el procedimiento efectuado.



¿QUE ES LA EXTRAVASACIÓN?

“Salida no intencionada de un fármaco durante su administración intravenosa hacia los espacios peri vascular y subcutáneo”.

- Consecuencias clínicas, económicas, legales. Incidencia entre el 0,1 y el 6%, hasta 22%.
- Falta de consenso.
- La extravasación incluye el daño resultante. Dependiendo de la sustancia que se extravasa en el tejido, el grado de lesión puede variar desde una reacción en la piel muy suave a una severa necrosis.

✓ Factores de riesgo

- Vasos sanguíneos pequeños (bebés y niños pequeños).
- Venas frágiles (pacientes de edad avanzada).
- Venas duras, esclerosadas.
- Venas móviles.
- Alteración de la circulación (mastectomía, linfedema).
- Obstrucción de la vena cava.
- Las condiciones preexistentes (diabetes, afecciones circulatorias periféricas)

Prevención en extravasaciones

- Reconocer la importancia de tener un adecuado acceso venoso para la administración de tratamientos.
- Aprender estrategias para prevenir y tratar flebitis y extravasación en accesos venosos periféricos.
- Alcanzar una práctica de excelencia en el manejo de los accesos venosos.
- Normalizar el proceso desde la indicación médica a la retirada de los accesos vasculares.
- Prevenir y disminuir los eventos adversos e incidentes.

¿Como reconocer una extravasación?

- *Dolor ardor o picazón.*
- Acompañado de eritema
- Inflamación
- Falta de retorno venoso.

A las 24/48 h se observa

- Formación de ampollas, manchas, oscurecimiento de la piel. Induración.
- Superficie: Blanca y/o enrojecida, fría.
- Sin llenado vascular.
- No todos estos síntomas pueden estar presentes.

Manejo de la extravasación

Paso 1. Detenga inmediatamente la infusión. **NO** retire el catéter venoso periférico (CVP).

Paso 2. Desconecte la infusión (no el CVP).

Paso 3. Deje el CVP en su lugar y tratar de aspirar la mayor cantidad de la droga como sea posible del CVP, con una jeringa de 10 ml aplicando presión manual directa a lugar de la extravasación sospechada.

Paso 4. Marque la zona afectada.

Paso 5. Retire el CVP.

Paso 6. Utilizar el kit de extravasación. Localizar y neutralizar.

Paso 7: Elevar el miembro. Aliviar el dolor y documentar.

Kit de extravasación

- Compresa fría.
- Compresas calientes.
- Antídotos según los procedimientos locales
- Jeringas.
- Agujas.
- Desinfectante de la piel (gasas-iodopovidona)
- Marcador indeleble para marcar el área afectada
- Formas de documentación.
- Copia del procedimiento de gestión de la extravasación
- Prospecto de información al paciente.

❖ ANTICUERPOS MONOCLONALES. EFECTOS ADVERSOS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

“Los enfermeros debemos estar capacitados. La administración de estos fármacos no está exenta de riesgos, pero al conocer cuáles son sabremos actuar de forma idónea y rápida en la detección y acción temprana para contrarrestar las reacciones adversas que puedan presentarse.”

La premedicación sólo es necesaria ocasionalmente y siempre a criterio clínico. El fármaco se presenta en forma de vial de polvo liofilizado, debiendo conservarse refrigerado entre 2º y 8ºC. Hay que proteger de la luz y nunca se debe agitar. Entre las precauciones específicas que debemos tener en cuenta están:

- Verificar siempre la identidad del paciente y la prescripción clínica.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Toma de controles vitales y peso al inicio de la infusión.
- Lavado de manos.
- Colocarse guantes.
- Seleccionar la vena (preferentemente el brazo no dominante).
- Aplicar solución antiséptica a en zona a realiza la punción, para canalizar la vena.
- Fijar el catéter y conectar un tapón (pasar suero salino 0'9% para comprobar la permeabilidad de la vía).
Hay que tener en cuenta que no debemos administrarlo simultáneamente con otros preparados (probable incompatibilidad).
- No se debe administrar en infusión rápida o bolo IV.
- Diluir exclusivamente en solución salina al 0'9%.
- Administrar la dosis prescrita.
- Finalizada la infusión, administrar suero salino al 0'9% (30-50cc) a una velocidad de 2ml/ min para asegurar la total administración del fármaco.
- Toma de constantes vitales al finalizar.
- El paciente permanecerá en observación 30 minutos.

❖ MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS

✓ Personal expuesto

Todo aquel que manipula citostáticos interviniendo en los procesos de:

- Preparación.
- Transporte.
- Administración.
- Eliminación.

✓ Normas

Las normas deben estar escritas, desde la preparación y el trabajo en la cabina hasta el transporte interno del producto.

Administración, limpieza del área y eliminación de desechos.

Cuando una droga debe considerarse peligrosa, requiere técnica especial en su manejo.

Puede causar mutagénesis, carcinogénesis o teratogénesis en humanos o animales.

Puede causar toxicidades hacia los órganos hasta llegar a inhibir "la fertilidad".

¿Cuáles son las vías más expuestas?

- **Piel** o membranas mucosas: Por absorción.
- **Oral**. Por ingestión por comer o beber en el lugar.
- **Parenteral**. Por una punción/lesión con aguja.
- **Inhalatoria**. Por inhalación, por fumar en el área, por no usar barbijo.

✓ Preparación en el Área

- Área Restringida.
- Mayor seguridad para el operador, tranquilidad y menos distracción.
- Mayor seguridad para el medio ambiente. Menor factibilidad de error.
- Aislada.
- Sin circulación de aire.
- Flujo laminar vertical.
- Acceso limitado.
- Limpieza por personal capacitado.

- **Cabina de Flujo Laminar**

FILTROS HEPA. retienen y filtran todas las partículas del aire desde un tamaño de 0.3 μ con una eficiencia del 99.97%. Diseñado específicamente para proteger el sistema respiratorio humano y el medio ambiente.

Colocar en funcionamiento el equipo 10 min antes de su uso. Evitar elementos innecesarios dentro de la cabina No obstruir las rejillas. Limpiar los elementos con alcohol al 70 %. Puerta cerrada

- ✓ **Preparación de citostáticos**

- **Guantes** (Deben cambiarse cada media hora, o SOS. Doble guante o doble grosor. Retirarlos correctamente).
- **Bata o camisolín** (De baja permeabilidad. Sin costuras o cierres. Puño elastizado Cerrado atrás).
- **Barbijo** (Quirúrgico. Se deben cambiar en cada preparación. Tricapa o N95. Evitar salpicaduras e inhalaciones).
- **Gafas** (Plásticas. Con protección lateral. Lavarla después de su uso).

- ✓ **Normas relacionadas con la preparación de citostáticos**

- Las drogas deben ser manipuladas por personal fijo.
- Utilizar agujas de grueso calibre.
- Tener tablas de dilución en el área.
- Tener un manual de procedimientos.
- Emplear una jeringa para cada citostáticos.
- Rotular cada citostático.
- Usar jeringas grandes, nunca se utiliza más de $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad para evitar derrames por desplazamiento del embolo.
- Cuando se manipulen viales se debe intentar igualar la presión utilizando la técnica correcta.
- Antes de abrir las ampollas debe garantizarse que no quede líquido en su extremo superior.
- En la Cabina de Bio Seguridad se dispondrá de unos contenedores para material contaminado.

- ✓ **Administración**

El mayor riesgo se presenta al conectar y desconectar las tubuladuras. Se requiere personal capacitado. Se debe utilizar guantes. Se deberá colocarse barbijo. El descarte será en la misma habitación o baño contiguo.

- ✓ **Eliminación de residuos**

En un recipiente adecuado por el personal capacitado. En contenedores rígidos. Cerrar la bolsa al completar las $\frac{3}{4}$ partes nunca llenarla al máximo. Contenedores exclusivos para residuos peligrosos.

✓ **Manejo de derrames**

- Colocarse Equipo Protector Personal.
- Usar compresas húmedas si es derrame seco (polvo).
- Usar papel en derrame líquido.
- Luego limpieza con agua.
- Posteriormente con hipoclorito de Na al 1%.
- Lavar los elementos del área.
- Lavado de manos.
- Informar al servicio de farmacia y documentar el evento en el registro.

✓ **Recomendaciones generales**

Registros diarios de preparaciones realizadas por operador y de accidentes ocurridos. Redistribución del trabajo durante 15 días luego de 2000 dosis preparadas. Proporcionar información, formación y equipos adecuados. Configurar un manual de procedimientos y protocolos. Evaluar al personal periódicamente

✓ **Prohibiciones**

- Embarazadas, en etapas de puerperio, lactancia, y todo personal considerado de alto riesgo.
- Acceso al área de preparación limitado.
- No beber, no comer, no fumar, en el área de preparación de citostáticos.

- **BIOSEGURIDAD**

LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD BASICAS ESTAN CONFORMADAS: HIGIENE DE MANOS MAS EL USO DE ELEMENTOS DE BARRERA ¿CON QUIEN? CON TODOS LOS PACIENTES MAS ALLA QUE SE CONOZCA O NO LA PORTACION DE MICROORGANISMO/ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Todo personal de la institución debe tener conocimiento acerca de las normas de bioseguridad y estar entrenados, dichas medidas tienen que ver:

- ✓ precauciones estándar o universales.
- ✓ Inmunizaciones del personal de salud.
- ✓ Manejo adecuado de corto punzantes y uso de dispositivos bioseguros.
- ✓ Descarte adecuado de residuos patogénico

1- Precauciones estándar o universales: son aquellas que aplicamos con todos los pacientes ya que todo paciente tiene potencial riesgo para el personal de

salud. **SE DEBE APLICAR CON LOS PACIENTES INDEPENDIEMENTE DE SU DIAGNOSTICO**

- ✓ Lavado de manos en los 5 momentos recomendados por la OMS.
- ✓ Usar EPP (elemento de protección personal) frente a los riesgos de exposición de contacto con fluidos y secreciones (sangre, orina, secreciones respiratorias o de herida etc.)
- ✓ Nunca encapuchar agujas.
- ✓ Descartar correctamente los residuos y ropa según norma institucional



➤ **HIGIENE DE MANOS**

El objetivo reducir la colonización de las manos para disminuir los riesgos de colonización cruzada e infección por contacto directo.

La higiene de manos disminuye la carga bacteriana y es la medida más económica y efectiva para la prevención y el control de las infecciones. Esta medida incluye el lavado tradicional, el que se usa agua y jabón y las fricciones con soluciones a base alcohólica al 70%.

Oportunidades para higiene de manos:

- ✓ Antes y después de asistir a cada paciente.
- ✓ Antes y después de utilizar guantes y manoplas.
- ✓ Recordar siempre los tipos

- 1- lavado tradicional
- 2-higiene con soluciones de base alcohólica al 70%.

- ✓ Lavar uñas, pliegues interdigitales y zona palmar.
- ✓ Mantener las uñas cortas y sin esmaltes.
- ✓ No usar uñas artificiales y esculpidas.

➤ **Producto recomendado para la higiene de manos**

• **Lavado tradicional.**

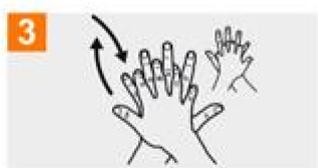
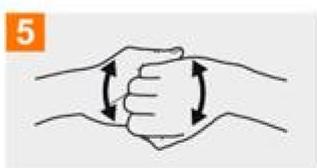
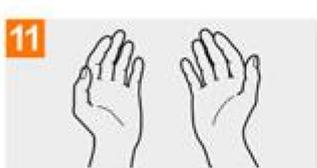
A- Común o neutro:

- ✓ Siempre que se realice un contacto de tipo social con el paciente (dar la mano, controlar los signos vitales etc.) y mientras que la piel del paciente este intacta.
- ✓ **No utilizar en pacientes con medidas de aislamiento.**

B- Antes y después:

- ✓ Examinar una herida aun cuando se utilicen guantes.
- ✓ Realizar un procedimiento invasivo.
- ✓ Examinar a un paciente con sospecha o confirmación de infección transmisible por cualquiera de las distintas vías.
- ✓ Cambio de pañales.
- ✓ Manipuleo de bolsas de residuos.

• **Técnica de lavado de manos: húmedo**

| | | |
|--|---|--|
|  <p>0</p> |  <p>1</p> |  <p>2</p> |
| <p>Mójese las manos con agua;</p> | <p>Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;</p> | <p>Frótese las palmas de las manos entre sí;</p> |
|  <p>3</p> |  <p>4</p> |  <p>5</p> |
| <p>Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;</p> | <p>Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;</p> | <p>Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;</p> |
|  <p>6</p> |  <p>7</p> |  <p>8</p> |
| <p>Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;</p> | <p>Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;</p> | <p>Enjuáguese las manos con agua;</p> |
|  <p>9</p> |  <p>10</p> |  <p>11</p> |
| <p>Séquese con una toalla desechable;</p> | <p>Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;</p> | <p>Sus manos son seguras.</p> |

- **Higiene de manos con soluciones de base alcohólica.**

Solución alcohólica con emoliente debe tener una base alcohólica que se encuentre dentro del rango de 60 – 90 % y un emoliente siendo el más recomendado el 70 %.

Es una medida altamente recomendable que reemplaza el lavado de manos que -no están visiblemente sucias.

Se recomienda su uso:

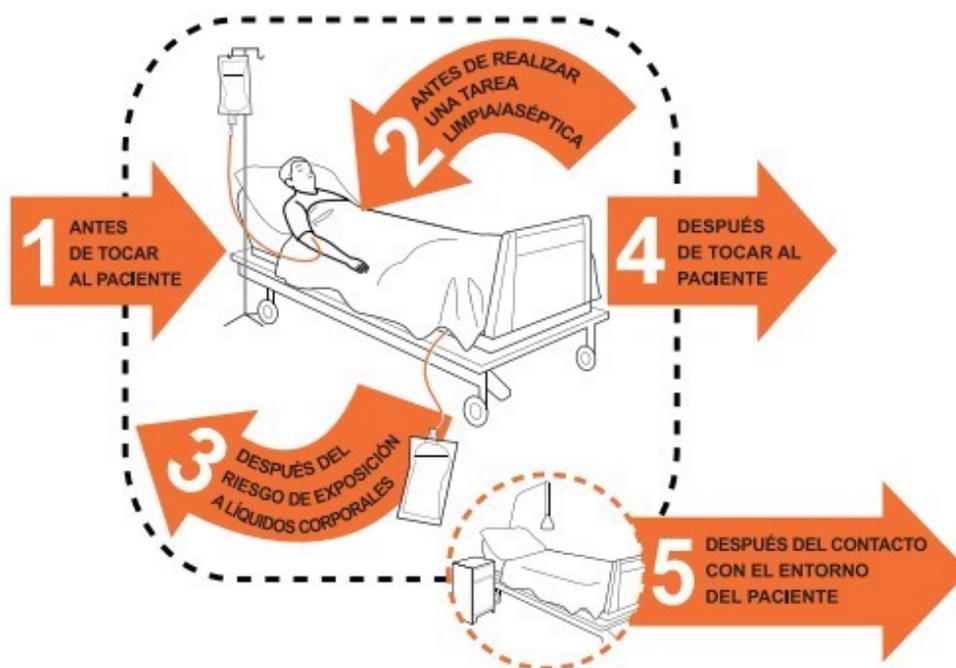
- ✓ Antes y después de contacto con el paciente o elementos del mismo, aunque se utilice manoplas.
- ✓ Después del lavado con jabón común como lavado antiséptico o prequirúrgico.

- **Técnica de higiene de manos: seca**

PASOS PARA UNA APROPIADA ANTISEPSIA EN SECO



Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



❖ INMUNIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD:

LEGISLACION ARGENTINA

- Vacunación contra la hepatitis B para todo el Personal de Salud (3 dosis) Ley 24151.
- Vacunación antigripal anual para todo el personal de salud (Resolución 35/2011).

NOTA. LA VACUNACION DOBLE ADULTO (TETANOS Y DIFTERIA: Td) SE ADMINISTRARÁ CADA 10 AÑOS, A IGUAL QUE EN LA POBLACION GENERAL.

RESCATAR POR INTERROGATORIO SI EL TRABAJADOR RECUERDA (POR REFERENCIA FLIAR) HABER TENIDO VARICELA.

• MANEJO ADECUADO DE CORTOPUNZANTES Y USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS

Prevenir los accidentes utilizando recipientes diseñados para cortopunzantes, llenarlos solo hasta $\frac{3}{4}$ partes y no dejar agujas o catéteres fuera de ellos. La forma más frecuente y de mayor riesgo de accidentes son las punciones, y en menor medida las salpicaduras en mucosas o sobre piel no intacta.

Si a pesar de todo ocurriese un accidente, recomendamos:

1. LAVAR la zona con agua y jabón INMEDIATAMENTE sin lastimar.
2. Si el accidente fue salpicadura en los ojos: lavarlos con abundante agua limpia.
3. En ninguno de los casos aplicar antisépticos o lavandina.
4. AVISAR AL SUPERIOR INMEDIATO(SUPERVISOR).
5. Es imprescindible DESCARTAR que el paciente tenga infección viral (hepatitis B, hepatitis C, o HIV)
6. Averiguar si recibe medicación antirretroviral.
7. Obtener una muestra de sangre y realizar estudios serológicos al paciente (fuente) y al accidentado en FORMA INMEDIATA.
8. Consultar a un experto apenas se produzca el accidente.

RECORDAR:

- El riesgo depende de la forma de exposición (es mayor en punción y menor en salpicaduras) y de la viremia del paciente (carga viral-CV-).
- Accidentes con agujas huecas, y punción profunda (la punción que sangra espontáneamente y no haber usado guantes, aumenta el riesgo.
- Accidentes con agujas sólidas y herida superficial, además del uso de guantes disminuyen el riesgo

• USO DE DISPOSITIVOS BIOSEGUROS

En los últimos años, la capacidad de innovación del sector de tecnología sanitaria ha facilitado el desarrollo de dispositivos de seguridad y materiales que implican mejoras continuas en la práctica médica y en la seguridad del paciente y del profesional sanitario, minimizando y evitando los riesgos de exposición y de contagio derivados del inadecuado uso de objetos rutinarios. Algunos de los dispositivos bioseguros a implementar próximamente en nuestro instituto es la utilización de conectores claves (sin aguja) y ramas bifurcadas y trifurcadas.

• DESCARTE ADECUADO DE RESIDUOS PATOGENICOS

OBJETIVO. Descartar racionalmente los residuos hospitalarios.

❖ RESIDUO CORTOPUNZANTE

Colocar las agujas, lancetas, hojas de bisturí, ampollas rotas, mandriles de catéteres y similares en descartadores resistentes a las punciones, que no permitan el derrame del contenido en caso de volcarse y que se encuentren próximos al sitio de utilización.

❖ RESIDUO NO CORTANTE DESCARTABLE PATOGENICO: “EN BOLSA ROJA”

Todo material que contenga sangre o líquidos corporales como jeringas, sachet de sangre y hemoderivados, material biológico o piezas del quirófano, de laboratorio experimental, de laboratorio clínico y bacteriológico; guantes, drenajes, sachet de suero, algodón gasa, etc.

❖ COMUN:” EN BOLSA NEGRA”

Todo material que no contenga sangre o líquidos corporales como diarios, flores, yerba, cajas, precintos, papel de administración, aerosoles, residuos de limpieza, toallas de papel usadas, descarte de alimentos, etc.

❖ MANIPULEO DE RESIDUOS: Debe hacerse con guantes y posterior lavado de manos.

Nota: es una recomendación de cumplimiento a la ley 24.051.

AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

El aislamiento es la separación de una cosa, personal o población para colocarla de forma incomunicada y apartada.

Es la disminución del riesgo de infección para el paciente, el personal de salud y los visitantes mediante la interrupción de la cadena de transmisión, como así también, la disminución de la incidencia de infecciones hospitalarias y de la prevención y control de brotes, los cuales son necesarios para poder prestar una alta calidad de atención.

Tipos de aislamientos

En la actualidad, el Instituto cuenta con los diferentes tipos de aislamientos

El objetivo es prevenir o disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades que se adquieren por inhalación de gotas con un tamaño mayor de 5µ de la institución de salud.

Estas precauciones de aplican para la atención de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de Meningitis por *haemophilus influenzae*, meningococo, neumococo, difteria, influenza, virus sincicial respiratorio, etc.

A las precauciones estándar se agregarán

- Ubicar al paciente en habitación individual
 - Se utilizarán barbijos de tipo quirúrgicos hidro repelentes con triple capa para asistir al paciente (a distancia menor o igual a 1m)
 - Si es necesario que el paciente salga de la habitación, lo hará haciendo con barbijo de tipo quirúrgico.
- La puerta de la habitación debe permanecer cerrada

LEYENDA CARTELES DE AISLAMIENTOS

| | |
|---|--------------------------------|
|  | CONTACTO RESPIRATORIO |
|  | AISLAMIENTO PARA NEUTROPENICOS |
|  | AISLAMIENTO DE CONTACTO |
|  | AISLAMIENTO RESPIRATORIO |
|  | AISLAMIENTO EMPÍRICO |
|  | <i>Clostridium difficile</i> |

CONTACTO RESPIRATORIO (gotas)

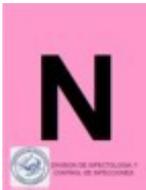


- Realizar higiene de mano con jabón antiséptico o solución de base alcohólica
- Antes y después de asistir al paciente; además de cumplir con la indicación para los 5 momentos de higiene de manos.
- En cada habitación se colocará el cartel CR en lugar visible para indicar que debe tomar las precauciones de aislamiento ya indicadas.

Para paciente con meningitis

- Cumplir con las medidas anteriores
- El aislamiento se mantendrá hasta cumplidas las 24 h de tratamiento antibiótico adecuado

AISLAMIENTO NEUTROPENICO



Objetivo: prevenir o disminuir los riesgos para la adquisición de infecciones endógenas o exógenas en pacientes que presentan una alteración en el sistema inmunológico.

Introducción. los pacientes con deterioro de su inmunidad están más expuestos a infecciones causadas por la flora normal presente en la piel y el intestino que los inmunocompetentes. La gravedad de estas infecciones dependerá del tipo de inmunodepresión.

Medidas:

Higiene de manos: antes y después del contacto con el paciente, según los cinco momentos.

- Camisolín, guantes y barbijos (máscara) solo se utilizará como parte de las precauciones estándar o de precauciones basadas en la transmisión
- Todos los elementos utilizados para el control de signos vitales deben ser de uso exclusivo del paciente (termómetro, estetoscopio, esfigmomanómetro, etc.)
- El termómetro y la campana del estetoscopio deben ser desinfectados con alcohol al 70% previo al utilizarlo con el paciente.

- La puesta de la habitación debe permanecer cerrada
- Evitar ingresar a la habitación libros carpetas u otros elementos que sean usados en el resto de las habitaciones
- Evitar ingresos de peluches
- Evitar ingreso de diarios libros u otras revistas que tengan hojas porosas
- Respetar y mantener las medidas de higiene dentro de la habitación
- No se deben introducir flores y plantas naturales ni artificiales ni secas en la habitación
- El baño corporal y la higiene bucal deben realizarse diariamente. Se debe evitar el uso de elementos que puedan dañar la piel o mucosas del paciente.
- Excluir el uso de talco u otros productos cosméticos en polvo.
- Para la higiene bucal utilizar cepillos de dentales suaves con cerdas siliconadas
- Toda la comida debe ser cocida incluso las frutas. Estas pueden ser crudas si tiene cascara gruesas e intacta (ej. Sandía, melón, banana)
- No conservar restos de alimentos dentro de la habitación
- Evitar que el paciente salga de la habitación, especialmente en estado de neutropenia severa. En caso de ser necesario el paciente usara un barbijo de tipo N95 mientras permanezca fuera de la habitación.

AISLAMIENTO DE CONTACTO



Objetivo. prevenir o disminuir el riesgo de la transición por contacto directo o indirecto de gérmenes resistentes con impacto epidemiológico

Introducción el contacto directo se refiere al contacto con piel con piel en el que se produce el traspaso mecánico de microorganismos provenientes de una persona colonizada o infectada hacia otra susceptible. La forma más frecuente es mediante las manos.

El contacto indirecto involucra generalmente objetos inanimados contaminados que facilitan el traspaso mecánico de los microorganismos.

Estas precauciones se aplicarán en la atención de pacientes con diagnósticos presuntivos o confirmados de infección o colonización causada por algunos de los siguientes microorganismos: kpc, herpes simple mucocutáneo, herpes zoster diseminado (implementar junto con precauciones respiratorias).

Medidas para agregar a las precauciones estándar

- Ubicar al paciente en habitación individual o formar un aislamiento de cohorte con los que tengan los mismos microorganismos
- Higienizar las manos antes de después de asistir al paciente aun cuando se hayan utilizado guantes respetar los 5 momentos.
- Usar guantes al ingresar a la habitación si se prevé realizar alguna practica con el paciente o se tocara el medio ambiente.
- Retirar los guantes al final de la práctica y descartarlos dentro de la habitación. Evitar tocar el ambiente con ellos
- Vestir camisolín limpio y descartable para la asistencia del paciente o si se prevé contacto con los elementos de la habitación del paciente.
- El camisolín será descartado antes de salir de la habitación
- Evitar la salida del paciente de la habitación
- Si el paciente debe salir de la habitación mantener todas las precauciones recomendadas desde su traslado hasta su regreso a la habitación
- Realizar higiene y desinfección del medio ambiente poniendo mayor énfasis sobre la unidad del paciente.
- Los elementos utilizados en la atención del paciente en especial los empleados para el control de los signos vitales y para la higiene deben ser exclusivos mientras dure la internación. Antes de ser usados con otros pacientes (en caso de que sean reutilizables) deben ser limpiados y desinfectados o esterilizados (según el tipo y uso del elemento)
- Los familiares y visitas del paciente con precauciones de contacto solo deberán higienizarse las manos. Se recomienda que no visite otros pacientes internados.
- En cada habitación se colocará el cartel C en un lugar visible para indicar tomar las precauciones mencionadas anteriormente

AISLAMIENTO RESPIRATORIO



Objetivo. Prevenir o disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades que se adquieren por inhalación de gotas con un tamaño menor o igual a 5 μ .

Indicaciones. Estas precauciones se aplicarán en la atención de pacientes con diagnósticos presuntivos o confirmados de Tuberculosis pulmonar vaccinífera, sarampión, varicela, herpes zoster diseminado (en esta última, implementar con precauciones de contacto)

Medidas para aplicar

A las precauciones estándares se le agregan

- Ubicar al paciente en habitación individual o en aislamiento de cohorte
- En caso de contar con acondicionador de aire ese debe ser individual para la habitación
- Ante la falta de aire acondicionado de aires individuales o de filtro de alta eficiencia, se recomienda mantener las ventanas de las habitaciones abiertas siempre y cuando abran hacia espacios verdes
- La puerta de la habitación se mantendrá cerrada sin importar el tipo de ventilación
- Higiene de manos antes y después de atender al paciente con jabón antisépticos o solución alcohólica con emolientes
- Barbijos: se usan mascararas tipo N95 que se deben colocar antes de ingresar a la habitación
- Las máscaras del tipo N95 será: de uso individual, descartados cuando se ensucian o rompan, conservados en sobres de papel, identificados con el nombre de la persona que los usa
- En caso del que el paciente deba salir de la habitación lo hará usando barbijo tipo quirúrgico tripe capa.
- Las mujeres embarazadas miembros del equipo de salud no deben ingresar a la habitación de los pacientes con varicela o sarampión
- En la habitación se colocará la etiqueta R en lugar visible para indicar la precaución de aislamiento.

AISLAMIENTO EMPIRICO



Objetivo. Prevenir o disminuir el riesgo de la transmisión por contacto directo o indirecto de gérmenes resistentes con impacto epidemiológico

Introducción. estas precauciones serán utilizados en pacientes derivados de otra institución, una vez ingresado el paciente se deben realizar hisopados de vigilancia y se mantendrá este tipo de aislamiento hasta el resultado de estos.

Medidas para aplicar. serán las mismas del aislamiento de contacto.

AISLAMIENTO *Clostridium Difficile*



Objetivo. Enumerar recomendaciones para prevención y control de diseminación de *Clostridium difficile* (Cd).

Importante. Se debe recordar el Cd es un germen esporulado, por lo que las recomendaciones de higiene de manos distinta y desinfección del medio ambiente son distintas:

- Colocación del paciente en habitación individual o cohorte
- Aplicar precauciones de contacto, a las que se agregan:
- Colocar cartel con Cd
- Higiene de manos
 - ✓ Utilizar agua y jabón antes y después de utilizar guantes
 - ✓ Luego del lavado con agua y jabón aplicar soluciones de base alcohólica para manos
- Tener la menos cantidad de elementos necesarios en la habitación del paciente.
- No ingresar carpetas de enfermería e historias clínicas a la habitación
- Disponer de camisolines a la entrada de la habitación y usarlos para entrar
- El camisolín debe ser descartado dentro de la habitación luego de su uso
- Usar manoplas para el contacto con el paciente y su medio ambiente
- Descartar los guantes dentro de la habitación
- Los elementos para control de signos vitales deben ser de uso exclusivo del paciente
- Los elementos utilizados para la higiene del paciente y para las excretas deben ser de uso exclusivo
- Higiene y desinfección del medio ambiente
 - ✓ Limpiar con agua y con detergente común
 - ✓ Enjuagar con agua limpia
 - ✓ Desinfectar con soluciones cloradas de Hipoclorito de sodio (lavandina): 1:10 (lavandina: agua)
 - ✓ Establecer una frecuencia de una vez por turno y cada vez que se observe sucio o se produzcan derrames de fluidos.

Las precauciones de aislamiento se mantendrán hasta cumplidas las 48 h de finalizado el tratamiento y desde la última deposición diarreica.

❖ CIRUGIA. Los cuidados de enfermería

Investigaciones han demostrado que a pesar del uso de técnicas asépticas estándares, podía aislarse regularmente *Staphylococcus Aureus* del campo quirúrgico. La técnica aséptica puede reducir, pero no eliminar la contaminación bacteriana del campo quirúrgico.

Incluso en quirófanos con flujo laminar han podido aislarse bacterias de superficie de incisiones, al terminar el procedimiento quirúrgico. Por lo tanto, hoy se tiende a considerar la posibilidad de que los antibióticos preoperatorios pudieran complementar las técnicas asépticas en la contención de la inevitable contaminación de las incisiones quirúrgicas. En cientos de estudios clínicos ha podido comprobarse la eficacia de la profilaxis antibiótica preoperatorio, cuando se ha cuidado de proporcionar los niveles séricos e hísticos adecuados de los antibióticos durante el procedimiento quirúrgico.

Las infecciones de heridas quirúrgicas tienen gran impacto sobre la morbi- mortalidad de los pacientes, ya que prolonga significativamente su estancia en el hospital y tiene alta incidencia en el costo de las infecciones hospitalarias. Esta incidencia es variable y depende del grupo quirúrgico y la población de pacientes que se considere.

El personal se debe involucrar en el cumplimiento de las normas diseñadas para su control en los distintos momentos de la cirugía o sea PREQUIRURGICO, INTRAQUIRURGICO Y POSTQUIRURGICO.

El equipo de Salud, quirúrgico y clínico y los servicios de apoyos de un hospital deben tomar conciencia de su importancia y comprometerse en el cumplimiento de las distintas pautas que para el control de las Infecciones Quirúrgicas se diseñen en una Institución

❖ PREQUIRÚRGICO

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- **ESTANCIA PREVIA:** La colonización y la infección secundaria con bacterias, incluyendo las multi resistentes, ocurren luego de exposición del paciente a la flora hospitalaria, que cada vez adquiere un grado más alto de resistencia. Investigaciones epidemiológicas recientes indican que hay bacterias con múltiple resistencia en todo el ambiente hospitalario y son transmitidas a los pacientes por las MANOS DEL PERSONAL. Por tales razones, la estancia de los pacientes en el hospital antes de la cirugía deberá ser lo más corta posible. La colonización de los pacientes con los gérmenes hospitalarios aumenta proporcionalmente con los días de estancia previa
- **BAÑO PREQUIRÚRGICO:** Se ha demostrado que una ducha preoperatoria con antisépticos suprime la colonización cutánea durante varias horas y la actividad supresora aumenta con otra ducha inmediata o duchas repetidas en varios días
- **VACUNACIÓN ANTITETÁNICA:** Deberá controlarse que los pacientes tengan cobertura antitetánica acorde a su edad. En caso contrario se debe administrar gammaglobulina y una dosis de vacuna en forma simultánea y antes del ingreso del paciente a cirugía.

Todas las medidas que se emplean en la preparación del paciente antes de la operación deben ser registradas, como así también todo síntoma o reacción del paciente que se presente en esta etapa a fin de evaluar y prevenir su influencia en la administración de la anestesia o en el procedimiento operatorio a seguir.

El cuidado de enfermería debe dirigirse a

- Reducir la ansiedad mediante una adecuada explicación de los procedimientos pre y postoperatorios.
- Mantener o mejorar el estado general: valorar estado nutricional, la integridad de la piel y la respuesta a tratamientos previos.
- Preparación preoperatoria de acuerdo con el tipo de cirugía planificada.
- Prevención de complicaciones

El postoperatorio comprende dos etapas: La primera de recuperación de la anestesia y del trauma producido por la cirugía, y la segunda, de rehabilitación del paciente, que se extiende hasta que le es posible realizar gran parte de sus actividades normales.

- Mantener una posición fisiológica adecuada al tipo de intervención quirúrgica realizada.
 - Evaluación del nivel de conciencia.
 - Mantenimiento de la temperatura corporal.
 - Valoración de la permeabilidad de la vía aérea
 - Valoración y control de la herida quirúrgica, colgajos, drenajes, vendajes.
 - Valoración de signos y síntomas.
 - Valoración del dolor
-
- Administración del tratamiento prescrito y valoración de la respuesta
 - Prevención de complicaciones.
 - Fomentar la de ambulación precoz.
 - Valoración de trastornos emocionales del paciente y familia
 - Educación previa al alta.

Las infecciones posquirúrgicas, constituyen una de las complicaciones que pueden influir directamente sobre el éxito del tratamiento y son causa de prolongación de internación. La forma más efectiva de prevención es respetar:

- El lavado de manos de todo el personal de salud y las visitas antes y después de tomar contacto con el paciente y su entorno.
- El lavado de manos del personal de salud, antes y después de utilizar guantes estériles o no estériles.
- Las normas de Bioseguridad universales específicas para cada praxis.
- Las normas de limpieza hospitalaria.

❖ INTRAQUIRÚRGICO

RESPETAR ESTRICTAMENTE EL LAVADO DE MANOS PREQUIRURGICO OBTIENDO EL USO DE CEPILLOS QUE PRODUCEN MICROLESIONES EN LA PIEL QUE PUEDEN SER UN FACTOR PREDISPONENTE PARA LA INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO.

➤ **PROFILÁXIS ANTIBIÓTICA**

Es recomendada para operaciones con riesgo de infección o severo riesgo de la vida del paciente.

Cada grupo quirúrgico juntamente con el Servicio de Control Epidemiológico e Infectología definirá el antibiótico a utilizar y estudiará cada caso en particular.

La profilaxis antibiótica debe ser administrada una hora antes de la cirugía (Inducción anestésica). La dosis se repetirá si la misma se prolonga más de cuatro horas. No se debe continuar con la administración de antibióticos más de 24 h, salvo casos particulares o cirugías en pacientes con procesos infecciosos previos. Es importante el registro de su administración en la Historia Clínica del paciente, especialmente cuando por causas de infección deben evaluarse los distintos factores de riesgo que han estado implicados.

Diversos estudios demostraron que, con profilaxis antibiótica prequirúrgica, las tasas esperadas de infección han disminuido en forma notable para todas las categorías quirúrgicas y otros factores de riesgo, como por ejemplo el grado de traumatismo quirúrgico y la presencia de material extraño han asumido un papel mucho más importante como determinantes de infecciones de incisiones quirúrgicas.

➤ **HERIDAS POSQUIRURGICAS:**

Es fundamental enfatizar que el factor MAS PORTANTE que asegura una incisión no infectada es la TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Resultan importantes para que las heridas NO SE INFECTEN, los siguientes puntos:

- Evitar espacios muertos, tejidos desvitalizados y hematomas.
- Aproximar suavemente los planos hísticos.
- Adecuar la perfusión y oxigenación de los tejidos.
- Reducir el tiempo operatorio.
- Colocar drenajes en heridas sucias o infectadas.
- Colocar drenajes de succión cerrados y estériles cuando es necesario el drenaje de heridas no infectadas.
- Cuidar el aporte nutricional en el posoperatorio.
- Retirar lo más rápido posible los drenajes y dispositivos intravasculares para evitar siembra directa y hematogena del sitio operatorio.

Hay factores inherentes al HUÉSPED que deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar las infecciones de heridas quirúrgicas:

- Huésped inmunocomprometido. (Enfermedades oncohematológicas, pacientes que reciben quimioterapia, corticoides, etc.).
 - Obesidad severa.
 - Desnutrición.
 - Presencia de una infección alejada en el momento de la cirugía.

➤ **CURACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**

- ✓ El procedimiento se efectuará entre dos personas.
- ✓ Ambos operadores practicarán LAVADO DE MANOS según técnica antes de realizar la curación.
- ✓ El operador que practique la curación propiamente dicha utilizara guantes estériles.
- ✓ Preparar bandejas individuales para efectuar curaciones de heridas. No se debe llevar el carro de curaciones a la habitación del paciente para evitar contaminarlo.
- ✓ Se utilizará barbijo cuando se curen heridas infectadas, especialmente cuando hay infección documentada por bacterias multi resistente.
- ✓ Los apósitos sucios y todo material proveniente de la curación se desechará en bolsas chicas y su destino final es la incineración.
- ✓ Los antisépticos que se utilizan deben ser mantenidos en condiciones correctas. (Recambio y lavado de frasco contenedor cada 24 h)
- ✓ La curación de la herida quirúrgica se realizará con técnica aséptica. Al efectuar la desinfección de la herida quirúrgica, se tendrá en cuenta que las gasas una vez en contacto con la misma, deberán ser desechadas y reemplazadas por otras.
- ✓ La curación sobre una herida cerrada debe ser removida o cambiada si está mojada o si el paciente tiene signos o síntomas subjetivos de infección, por ejemplo, fiebre inusual o dolor.

Cuando la curación es removida, la herida deberá ser evaluada por signos de infección. Si la herida comienza a drenar, se realizará un cultivo de la misma por la técnica de punción aspiración.

NORMA PARA LA CURACION DE LAS HERIDAS

- La enfermera prepara todo el material necesario para realizar la curación solicitado por el médico.
- Llevar bolsa roja para el descarte de aspiradores, sondas, etc.
- Lavarse las manos antes de tocar al paciente.
- Con manoplas de látex quitar las gasas o apósitos de la herida.
- Lavarse las manos con gel alcohólico antes de colocarse guantes estériles.
- La enfermera asistirá al médico a realizar la curación para que se realice con técnica aséptica.

- Si hubiera drenajes dejar protegido con gasa estéril cortada en pantalón.

**MANTENER EL CARRO DE CURACIONES LIMPIOS Y EN
CONDICIONES, LIBRES DE TELAS ADHESIVAS.**

- Al finalizar se volverá a realizar lavado de manos.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES CRUZADAS A PARTIR DE HERIDAS QUIRÚRGICAS INFECTADAS O INFECCIONES DEL PERSONAL

- ✓ Los pacientes que presenten heridas Infectadas, especialmente por gérmenes multi resistentes, serán tratados con las precauciones indicadas en AISLAMIENTO DE CONTACTO.
- ✓ El personal con enfermedades Transmisibles, por ej. Infección de dedos y manos (hongos, bacterias, etc.), infecciones por *Streptococcus grupo A* o lesiones de piel por *Staphylococcus aureus*, Herpes simple, infecciones virales (gripe, catarros), diarreas, no deberá trabajar en áreas quirúrgicas ni en atención directa de pacientes pre y posquirúrgicos hasta su curación o tratamiento.
- ✓ Los cultivos de rutina al personal no se recomiendan por no haber demostrado su utilidad

DEFINICIÓN DE CRITERIOS APLICABLES A DISTINTOS TIPOS DE HERIDAS.

- **HERIDA QUIRÚRGICA INFECTADA**

Se considerará INFECTADA toda herida que presente SECRECIÓN, CON O SIN confirmación bacteriológica.

- **HERIDAS LIMPIAS**

Heridas no traumáticas, en las cuales no se halla inflamación, efectuadas sin transgresiones de la técnica y que no han involucrado el aparato respiratorio, el tubo digestivo o las vías genitourinarias.

- **HERIDAS LIMPIAS - CONTAMINADAS**

Heridas no traumáticas, en las cuales ha ocurrido una transgresión de la técnica o en las que ha estado involucrado el aparato respiratorio, el tubo digestivo o las vías urinarias, sin una contaminación significativa. Esta categoría incluye transacción del apéndice o conducto cístico en ausencia de inflamación aguda e ingreso en la vía biliar o genitourinaria en ausencia de bilis u orina infectada.

- **HERIDAS CONTAMINADAS**

Heridas traumáticas frescas de un origen relativamente limpio o heridas quirúrgicas, en las cuales ha habido una transgresión mayor de la técnica, contaminación grosera a partir del aparato digestivo o respiratorio, ingreso en las vías genitourinarias o biliares en presencia de orina o bilis infectada. Esto incluye incisiones que encuentran una inflamación aguda no purulenta, operaciones en las que se encuentre pus, heridas traumáticas de origen sucio o con tratamiento retardado, contaminación fecal, cuerpos extraños y operaciones en una visera desvitaliada.

¿QUE ES LA RPM?

Es la **Reconstrucción Post- Mastectomía**.

La cirugía reconstructiva de la mama puede hacerse simultáneamente con una mastectomía, o algún tiempo después, para conseguir la simetría y restaurar o preservar la imagen corporal. La principal indicación para esta cirugía (reconstrucción mamaria), es mejorar la autoimagen de la mujer y recuperar el sentido de la normalidad. La reconstrucción representa una mejoría con respecto a la cicatriz de la mastectomía.

Hay dos tipos de reconstrucción mamaria; **Inmediata y Diferida**.

¿Qué es la mastectomía?

Factores Oncológicos

- 1- Características histológicas del tumor: tamaño, velocidad de crecimiento, etc., (de preferencia deben ser obtenidos por biopsia histológica por punción, Core o Mammotome).
- 2- Evaluación del compromiso axilar clínico.
- 3- Estudios: ecografías-PET-citología-biopsia diferida de ganglios centinelas con anestesia local.

Contraindicaciones de la Reconstrucción Inmediata

- Decisión de la paciente, de no reconstruirse.
- Condicionamientos psicológicos (evaluado y diagnosticado).
- Imposibilidad de lograr la seguridad de obtener márgenes oncológicamente negativos.
- Enfermedades concomitantes que implique riesgo.

Acciones de enfermería

- Apoyo y contención emocional al paciente.

- Educar en cuanto a importancia de movilización temprana, poder realizar movimientos suaves, evitando golpes o situaciones que lo pudieran provocar en la zona quirúrgica. No es prudente la inmovilización total, ni quedarse en reposo en cama todo el día. Según indicación médica, realizar movimientos de elevación, de los miembros superiores separándolos del tórax, suaves progresivos en periodos de 3 y 4 veces por día de 15 a 10 minutos de duración, solo o con ayuda de un familiar, con el objetivo de elongar músculos y evitar contracturas molestas.
- Se aconseja que no es prudente manejar los primeros días luego de intervención, hasta indicación médica, ya que tiene riegos.
- Se le solicita que informe si observa:
 - ✓ Enrojecimiento
 - ✓ Hinchazón importante en la mama y/o axila.
 - ✓ Secreciones abundantes (no una gotita) de líquido amarillo claro, con sangre o pus por la herida.
 - ✓ Hematoma notorio, piel con color rojo vinoso.
 - ✓ Aumento del volumen de mama y/o axila.
 - ✓ Fiebre más de 38°C, tomada en la axila no operada o mayor a 39°C tomada en la boca.
 - ✓ Cualquier inconveniente con el drenaje que no pueda resolver.
- Hay que comentar que en posoperatorio inmediato es normal sentir:
 - ❖ Dolores vagos
 - ❖ Pinchazos, electricidad en las heridas, sensación que la piel esta tensionada (debido a la colocación de prótesis, o expansores).
 - ❖ Dolores en la axila y en el brazo del lado operado con sensación de tirantez.
 - ❖ Anestesia en la piel de la mama, axila, cara del lado operado interna del brazo, areola-pezones que es secundaria y se recupera lentamente en la mayoría de los casos
- Instar a que realice consulta con rehabilitación, psicopatología.
- Explicar al paciente que el drenaje es el elemento más importante en el posoperatorio de estas intervenciones y su correcto manejo evita complicaciones que pueden hacer necesitar una re- operación.
Un drenaje (Jackson Prat-esquema-u otros) es un tubo siliconado conectado a una pera o drenaje corrugado que se encuentra a su extremo.
- Explicar los cuidados del drenaje:
 - 1) Lavarse las manos
 - 2) Vaciar o exprimir el tubo de drenaje desde la salida de su cuerpo hacia la pera de goma. Comenzar en la salida, sostener el tubo con una mano y con la otra estirar, liberando el tubo 1 cm a la vez, mientras se mueve hacia abajo, con ambas manos, hacia la pera siliconada (ordeño). Repetir 2 o 3 veces antes de vaciar la misma.

- 3) Retirar el tapón de la pera de goma.
- 4) Verter las secreciones en un vaso graduado o con la pera inflada. Constatar cuantos cm, tiene la misma.
- 5) Apretar la pera para crear un vacío, cerrando el tapón antes de soltar la pera. El vacío generara una succión para sacar los líquidos que están bajo su piel.
- 6) Vaciar la pera 2 o 3 veces al día, o tan seguido como sea necesario, si se llenare antes de las 24 h.
- 7) Si nota que pierde compresión, debe abrir el tapón e intentar seguir el paso 5 nuevamente.
- 8) Si pierde liquido alrededor de la entrada del drenaje al cuerpo, es posible que el tubo este tapado, por lo que debe repetir el paso 2.
- 9) Si tiene otro tipo de drenaje, debe vaciar el contenido y quitar el aire al recipiente comprimiendo y conectando al tubo para que siga aspirando.
- 10) Anotar la fecha y cantidad de secreción de 24hs.Si tiene más de un drenaje anotar la cantidad por separado.
- 11) Debe desechar las secreciones en el inodoro y luego lavarse las manos.
- 12) Recordar llevar las anotaciones a su próxima cita con médico.

Pasos para curación de herida quirúrgica, posoperatorio ambulatorio

- Preparar bandejas conteniendo gasas y apósitos estériles- tela adhesiva- guantes no estériles - alcohol 70% o pervinox - jeringa de 60cm - solución fisiológica-aguja 50/8 –compresa estéril - guantes estériles-descartador- imán-lebrillo- 1 caja de curación (tijerita y 1 kocher,1 disección, mango de bisturí).
- Explicar al paciente lo que se realizará, para fomentar su colaboración.
- Proveer un ambiente seguro, y confortable para el mismo (cerrar la puerta)
- Realizar higiene de manos.
- Colocarse guantes no estériles.
- Presentación del paciente.
- Descubrir parte superior del paciente, ayudándolo. Desde zona no operada hasta zona quirúrgica.
- Retirar gasas y apósitos sucios.
- Observar y evaluar zona y herida quirúrgica (rubor, ardor, color, temperatura, zona de sutura, etc.)
- Realizar curación sobre herida quirúrgica, y peri-drenaje, con gasa embebida en alcohol. Teniendo en cuenta de no retirar cinta adhesiva Micropore 3M.
- Evaluar tipo de drenaje /es y explicar manejos y cuidados.
- Cuantificar débito, del /los drenajes por separados. Los mismos deben estar enumerados, para un mejor control y seguimiento.
- Explicarle al paciente la importancia de cuantificar estrictamente del débito del/los drenajes por separados, cada 24 horas.

- Realizar higiene de herida quirúrgica con jabón común, curación con alcohol 70%, Si vacían 1 vez por día, sumar la cantidad en 24hs.
- Instar al uso de corpiño deportivo o tipo top (surgitix) sin aro. Se evita de esta forma el uso de tela adhesiva, y lesiones con aros en zona quirúrgica.
- Recordar que es sumamente importante la continuidad de toma de ATB, mientras tenga drenaje. Puede acompañar con analgésico según indicación médica, si presenta dolor (diclofenac, paracetamol, cefalexina)
- Informar que debe sacar turno cada 48h, para continuar con evaluación y registro de la evolución de la herida.
Registrar en cuaderno de Enfermería, Nombre completo del paciente, HCL, curación, y observación realizada.
- Lavado de manos.

Complicaciones en las reconstrucciones mamarias con expansores y prótesis más habituales

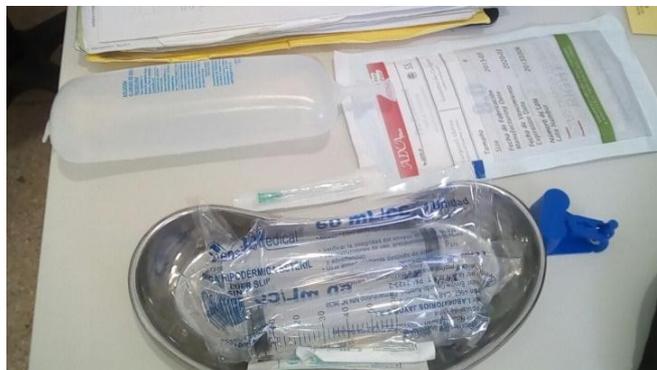
- **SEROMAS.** Se presenta como una colección mamaria, con aumento de volumen y eritema por tensión cutánea en el posoperatorio mediato. Mayormente después de retirar drenaje. En estos casos se drena con un sistema cerrado de drenaje percutáneo o drenaje quirúrgico y antibioticoterapia.
El débito del drenaje debe ser manejado correctamente, no retirar el mismo si su debito diario de líquido seroso es mayor a 30cm.
- **DESINFLADO DEL EXPANSOR.** Surge cuando se experimenta fuga o rompe los expansores de tejido mamarios, son de siliconas que contienen solución fisiológica y deben ser reemplazados por procedimientos quirúrgicos.
- **LA CAUSA INMEDIATA.** Por accidentes intraoperatorio. Por accidentes proceso de inflado
- **LA CAUSA MEDIATA.** Defecto del implante o traumatismo. Se resuelve con intervenciones (ver) y cambio por otro expansor.
- **CONTRACTURA CAPSULAR.** Es el endurecimiento del área del seno alrededor del implante. Puede ocurrir en el tejido alrededor de uno o ambos implantes. Este endurecimiento causa que los tejidos se restringen, lo que puede ser doloroso.
Se corrige con el cambio del implante o lipotransferencia
- **INFECCION:** Ocurre cuando las bacterias, que normalmente se encuentra en la superficie de la piel en la que el sitio de inserción se extiende a varias partes del cuerpo. Su tratamiento es con ATB o re- operación.

➤ **Set para Curaciones**

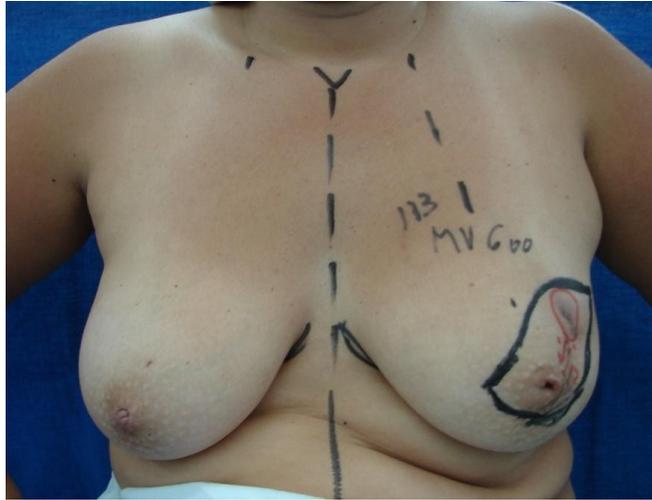


● **Bandeja conteniendo elementos de expansión**

- ✓ Jeringa de 60 ml.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Aguja 50.8
- ✓ Solución fisiológica de 500 ml.
- ✓ Compresa estéril.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Antisépticos (alcohol o povidón)



- ***Paciente con tumor de mama izquierda se programa mastectomía con conservación de piel y colocación de expansor transitorio***



- ***Marcación para insuflar válvula del expansor***



- ***Paciente posoperatorio de colocación de expansor***

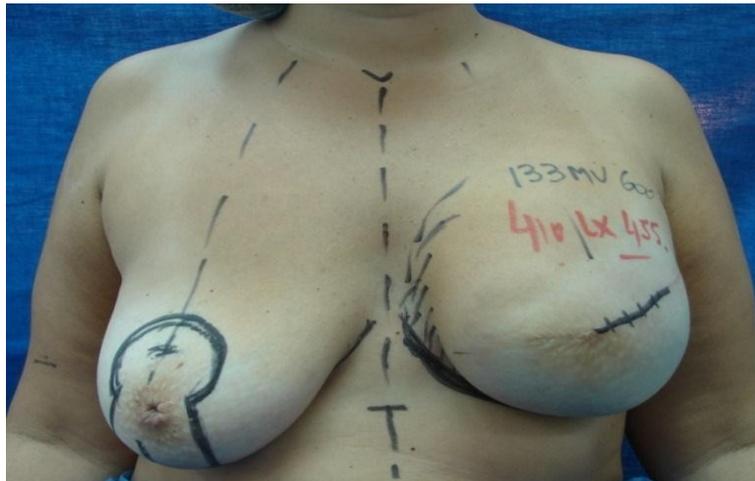
Insuflando el expansor



- **Segundo tiempo quirúrgico después de seis meses.**



Mama expandida, se programa cambio de expansor por prótesis definitiva más pexia de mama restante.



- ***Posoperatorio inmediato de colocación de prótesis***



- *Paciente de primera curación por consultorio*



- *Reconstrucción de areola con tatuaje*



CIRUGIA RECONSTRUCTIVA REPARADORA EN PARTES BLANDAS (CURACION DE COLGAJOS)

La [cirugía](#) busca reconstruir las deformidades y corregir las deficiencias funcionales mediante la transformación del cuerpo humano. La palabra "plástica" es originaria del griego "plastikos" que significa moldear o transformar. La cirugía plástica se ha dividido desde un punto de vista práctico en dos campos de acción:

- ❖ **Cirugía estética o cosmética:** se realiza con la finalidad de modificar aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias para el paciente. En muchos casos, sin embargo, hay razones médicas (Por ej. mamoplastia de reducción cuando hay problemas ortopédicos en la columna lumbar, colocación de prótesis mamaria en pacientes oncológicas)
- ❖ **Cirugía reconstructiva o reparadora:** está enfocada en disimular y reconstruir los efectos destructivos de un accidente o trauma, también en defectos de una malformación congénita o de una resección tumoral u oncológica. Hace uso de distintas técnicas: de osteosíntesis, de traslado de tejidos mediante colgajos y trasplantes autólogos de partes del cuerpo sanas a las afectadas, etc.
- ❖ **Cirugía de partes blandas:** Está relacionada con las extremidades (inferior, superior), el abdomen, espalda, ingle, fundamentalmente con las partes blandas, y también con lesiones en cabeza y cuello. Las técnicas empleadas por cirujanos plásticos en partes blandas son: **1) Injertos:** transferencia de piel, hueso, nervios, y otros tejidos de una parte sana del cuerpo para reparar la parte dañada **2) Cirugías de colgajos:** es la movilización de piel con tejido subcutáneo, vasos sanguíneos y músculos o hueso de otra parte del cuerpo hasta el lugar que ha sufrido el traumatismo. Los tipos de colgajos pueden ser pediculados o libres, el mismo conserva en su totalidad el pedículo y en el segundo corta el mismo con vasos de la zona receptora. La reconstrucción mediante colgajos musculares pediculados o no, permite cubrir defectos óseos y reemplazar defectos musculares.
- ❖ La extirpación de lesiones tumorales de la extremidad inferior generalmente deja secuelas en los siguientes aspectos: a) Defectos de cobertura con exposición ósea, b) problemas funcionales por retracciones tisulares en articulaciones, c) defectos funcionales por resección de grupos musculares importantes.

- ❖ La aplicación de técnicas de cobertura cutánea nos da la posibilidad de recubrir zonas expuestas. En muchos casos la cirugía puede restaurar de forma significativa la sensibilidad y función de la zona dañada.

Sin embargo, la recuperación puede llevar meses y generalmente se necesita un periodo de fisioterapia y rehabilitación.

Ventajas

- Lograr mejorar su estado general y la aceptación de su entorno
- Conservación funcional del músculo, del tejido sano
- Mayor comodidad en su vestimenta
- Mejor higiene
- Reducción del dolor causado por el tumor cesa

Desventajas

- la infección de la herida quirúrgica
- La dehiscencia parcial de la herida
- La necrosis parcial de los colgajos

En todos estos casos el cirujano plástico de partes blandas puede aportar sus conocimientos para solucionar este déficit.

Herida: Es toda pérdida de solución continuidad de la piel o de las mucosas, secundaria a un traumatismo que produce una comunicación entre el interior de la herida y el exterior, se clasifican según:

a) profundidad

- 1) Superficiales: solo afectan piel y TCSC (grasa)
- 2) Profundas: que comprometen músculos y aponeurosis

b) tamaño

- 1) Pequeñas: menos de 5 cm de longitud,
- 2) Medianas: entre 5 –15 cm de longitud
- 3) Grandes: más de 15 cm de longitud,

c) complejidad

- 1) Simples: heridas no infectadas, heridas limpias, cerradas
- 2) Complejas: heridas de injertos, colgajos, etc.

Objetivo de las curaciones

- Determinar el tipo de curación correspondiente a una herida determinada.
- Conocer y realizar la técnica adecuada de curación de una herida simple basada en los principios de asepsia para evitar en la práctica hospitalaria complicaciones como la infección y cronicidad de una herida que ponen en peligro la salud del paciente.
- Establecer el material necesario para la realización de una curación.
- Conocer las implicaciones éticas de este procedimiento, sus indicaciones y contraindicaciones.

Equipo básico para curación

- 1 pinza de disección y 1 Tijera estéril, mango de bisturí, bisturí N° 11, 15,23 según la herida ,1 pinza Kocher, Riñonera.
- Paquetes de, gasas, apósitos de diferentes tamaños, vendas
- Guantes estériles, y no estériles.
- Descartador para material punzo cortante contaminado.
- Soluciones antisépticas.
- Solución salina al 0.9%, compresa estéril.

Curación de heridas con colgajos en pacientes de partes blandas

- Educar al paciente para fomentar su colaboración.
- Cerrar la puerta o correr las cortinas.
- Lavarse las manos y colocarse los no guantes no estériles.
- Postura adecuada dependiendo de la zona a realizar curación de herida.
- Descubrir solo la zona necesaria para la curación, retirar el apósito sucio. En **la Zona de injerto** si el apósito está pegado, humedecerlo con suero fisiológico, para ir retirando lenta y delicadamente, con pinza disección la gasa y así dejar descubierto totalmente la zona injertada, una vez descubierta la zona, secar con gasa estéril. Empezando por la zona superior de la incisión, limpiar suavemente de arriba hacia abajo en un solo movimiento, o desde el centro hacia los lados, nunca desde abajo hacia arriba, cuando el injerto está seco se desinfecta con alcohol preferentemente.
- Examinar la herida, y si hay variación notificarlo al médico; puede pasar que el injerto no se haya adherido.
- **Cuando el injerto se pega**, se coloca, solamente gasa seca y se cubre la herida, realizamos una curación simple y cerrada. Si el paciente fuese alérgico a la tela adhesiva, se puede vendar la zona injertada, vuelve a control a las 72 h, nuevamente para curación por consultorio.
- **Cuando el injerto se haya adherido “prendió”**: Se coloca, solamente gasa seca y se cubre la herida, realizamos una curación simple y cerrada, si el paciente fuese alérgico a la tela adhesiva, se puede vendar la zona injertada, vuelve a control a las 72 horas nuevamente para curación.

- **Cuando el injerto “no prendió”:** Limpiar con solución fisiológica, siempre desde la zona limpia hacia la contaminada, desechar gasa, repetir el procedimiento hasta que esté completamente limpia, secar la zona injertada, utilizando la misma técnica. Cuando el injerto presenta necrosis (tejido muerto, lo que realizamos bajo indicación médica, es retirar tejido necrosado, utilizando una pinza de disección y tijera (técnica estéril) luego colocamos una pomada (según prescripción médica), si tuviese drenaje, mantener aislado de la herida con un apósito independiente y mantener limpia y seca la zona.
- **Zona dadora:** En cirugía colocan gasa seca con vaselina estéril (Ej. muslo); colocamos en la zona dadora, solamente rifocina spray por 10 días, se recomienda al paciente no mojar la zona. Una vez seca recortar los bordes de la gasa que van levantándose hasta que salga completamente, y quede cicatrizado. En caso de cicatrización de la zona dadora con granuloma, se coloca nitrato de plata en topicaciones para disminuir la granulación con prescripción médica.
- Desechar el material según norma de bioseguridad.
- Lavado de manos al finalizar cada procedimiento con gel alcohol o jabón antiséptico.
- Limpieza del material quirúrgico utilizado: consiste en lavado y cepillado de estos, colocando detergente enzimático por 30 min para desinfección, lavar con agua corriente y secar, luego enviar a Central de Esterilización.
- Reposición del material empleado, Plan de cuidados de enfermería PAE, seguimiento del paciente hasta su recuperación

Frecuencia de curaciones en heridas post operatorias

- Suturas no infectadas: No descubrir la herida un día después de la cirugía.
- Primera curación (bajo supervisión médica) el paciente debe pasar por consultorio externos de cirugía de partes blandas.
- Curar el siguiente día, cada 48 o 72 h según indicación médica dependiendo de la evolución del proceso de cicatrización.
- Cuando más limpia este la herida, la cicatrización es más rápida menos peligro existe que se infecte.
- Heridas infectadas: Curar 3 veces cada 24 horas y mantener la herida limpia y seca.

Conclusión: La curación de una herida tiene como objeto la recuperación de la integridad de la lesión. Se recomienda la consulta con un médico cirujano con conocimiento de cirugía oncológica, para que lo examine; discutir el procedimiento en detalle, incluyendo dónde y cómo se realizaría la cirugía, la anestesia, las técnicas quirúrgicas recomendadas, los posibles riesgos y complicaciones, la recuperación y el periodo de rehabilitación, y la posible recuperación en términos de apariencia y función. No dude en preguntarnos cualquier duda que tenga.

➤ **Curación de herida quirúrgica en pacientes posoperatorio
(con técnica de Mohs) del servicio de cabeza y cuello**

EQUIPO

- Hisopo de algodón estériles
- Crema Antibiótica (mupirocina, ácido fusídico)
- Curita
- Gasas pequeñas y grandes
- Tela adhesiva Hipo alergénica
- Bandeja estéril conteniendo: Pinza de disección, tijera estéril, mango de bisturí, bisturí N.º 11, 15,23, según la herida, pinza Kocher
- Guantes estériles
- Guante de examinación.
- Descartador rígido para material corto punzante
- Alcohol al 70%
- Soluciones salinas al 0,9% sachet de 10 ml y/o agua oxigenada al 2%(*)
- Lebrillo para descartar material patológico.

- Se despegar la cinta de la piel con cuidado y se retira suavemente la gasa que cubre la herida.
- Si la gasa está adherida humedecer con solución fisiológica para facilitar este paso.
- Descartar los guantes.
- Lavado de mano seco (con gel alcohol.)
- Colocarse guantes estériles.
- Una vez descubierta la zona secar con gasa estéril. Empezar por la parte superior de la incisión limpiando suavemente de arriba hacia abajo en un solo movimiento, o desde el centro hacia los lados, nunca de abajo hacia arriba para evitar contaminación de la herida.
- La curación en determinadas heridas se realiza en forma suave con una gasa o hisopo humedecer con solución fisiológica o agua oxigenada al 2% quitando secreciones y /o costras.
- En herida cerrada la antisepsia se realiza con alcohol.
- En herida abierta colocar una delgada capa de crema antibiótica (**) a todas las superficies de la herida con un hisopo estéril.
- Cubrir la herida con una gasa estéril.
- Descartar elementos utilizados en bolsa roja y elementos cortopunzantes en descargador y acondicionar área de trabajo, para la siguiente curación.
- Proceder a la descontaminación del material quirúrgico utilizado con solución desinfectante, lavado y secado según (norma de bioseguridad) y luego se envía a la central de esterilización.
- Registro en hoja de enfermería
- PAE proceso de atención de enfermería
- Continuar el Seguimiento del paciente hasta su recuperación.
- Educar al paciente para que realice las curaciones en su domicilio. salvo según necesidad deberá asistir en 48 horas en el quirófano o a la guardia.

Consideraciones. Se utiliza al 2% para no dañar la piel y no al 10% porque detiene la regeneración de la piel. En este servicio se usa antibióticos de superficie (piel) en ungüento con el objeto de mantener la piel húmeda.

❖ CUIDADOS PALIATIVOS. EL PACIENTE Y SU FAMILIA

- ❖ Proporcionar, siempre que sea posible, una zona de intimidad para poder expresar abiertamente su aflicción.
- ❖ Establecer una comunicación abierta y sincera, que suponga compartir sentimientos. En ocasiones la comunicación no verbal (tomar la mano, acariciar), cuando se sabe que no afecta la sensibilidad del paciente, es un recurso útil para demostrar empatía hacia la persona.
- ❖ Dar respuestas a las preguntas del paciente y/o familia, sin fomentar falsas expectativas. Es frecuente la pregunta o afirmación “me estoy muriendo”; en este caso, no es necesario dar respuestas taxativas de sí o no. Generalmente, lo que el paciente quiere no es la confirmación de lo que ya sabe o intuye, sino más bien, morir sin dolor y acompañado. En estos casos lo apropiado es contestar con otra pregunta del tipo: ¿Acaso se siente peor?, ¿Tiene dolor?, ¿Puedo hacer algo más por usted?, etc., preguntas abiertas para permitir al paciente hablar de sus miedos.
- ❖ Permitir y facilitar la expresión de las manifestaciones de duelo descritas. Respetar las creencias religiosas y/o éticas, favorecer su expresión y proporcionar recursos cuando se soliciten (libros, ritual, etc.).
- ❖ Respetar la forma en que cada miembro de la familia reacciona ante la pérdida y no hacer juicios de valor sobre ella; si lo hiciéramos fomentaríamos el sentimiento de culpa.
- ❖ Aconsejar a la familia que permita al paciente la expresión de sus sentimientos y emociones; esto favorece la comunicación y sentimiento de proximidad entre paciente y familia a la vez que reduce sentimientos de culpa y ansiedad.
- ❖ Fomentar que el paciente y la familia canalicen estos sentimientos a través de conductas reductoras de ansiedad (hiperactividad, llanto, comer, fumar, etc.).
- ❖ Asegurar que es normal experimentar sentimientos y reacciones intensas y caóticas (desear la muerte del paciente cuando el proceso de agonía es largo, desear que fuese otro quien estuviese muriendo, etc.).
- ❖ Utilizar expresiones de condolencia para reconocer la aflicción (“Éste debe ser momento difícil para usted”, “Debe de estar pasándolo mal”, etc.).
- ❖ Animarlos a que compartan sus preocupaciones.
- ❖ Ayudarles a identificar sus capacidades y limitaciones para afrontar el proceso de duelo y aconsejar la consulta a otros profesionales, cuando sea necesario.
- ❖ Ofrecer a los miembros de la familia una función en el cuidado del paciente terminal, si lo desean y están capacitados. Respetar sus sentimientos y no

efectuar juicios de valor sobre su decisión para no provocar y/o agravar sentimientos de culpa.

- ❖ Fomentar la autoestima a través del refuerzo positivo.
- ❖ Facilitar que paciente y familia puedan hablar sobre las “últimas disposiciones” (exequias, deseos de modo de entierro, donación de órganos, herencias, etc.).
- ❖ Instar a la familia para que permanezca junto al paciente y le hable, aunque parezca que no es capaz de oír.
- ❖ Tras el fallecimiento, proporcionar a la familia un lugar íntimo para expresar su duelo y ordenar sus pensamientos.
- ❖ Cuidar dignamente al paciente que ha fallecido (estética corporal, actitud respetuosa durante los cuidados post-mortem y traslado, etc.)

Dolor – Vómitos - Bienestar Cuidados

- ❖ Valoración del dolor antes y después de administrar analgesia. Reducir la movilidad de la zona dolorosa.
- ❖ Aplicar medidas analgésicas físicas según la etiología del dolor (consultar al médico).
- ❖ Valorar la presencia de factores que disminuyen la tolerancia al dolor (fatiga, monotonía, conflictos, miedo a no poder controlar el dolor, percepción fatalista del dolor, miedo a la adicción, sobre estimulación sensorial, etc.).
- ❖ Extremar las precauciones en la administración de medicamentos para no producir dolor.
- ❖ La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado la llamada escala analgésica para el alivio del dolor.
 - **Leve: AINE**
 - **Moderado: AINE + OPIACEO DEBIL**
 - **Fuerte: AINE + OPIACEO FUERTE + COADYUVANTE**

La morfina es una de las drogas más versátiles pues ofrece una gran gama de vías y de formas de administración. La vía de elección es la oral, pues es aquella que permite al paciente mayor libertad e independencia. En algunos Centros Especializados han demostrado que más del 80% de los enfermos pueden ser tratados por esta vía hasta el momento de su muerte.

Una vez que hemos decidido la droga y la vía de elección, debemos determinar cuál es la dosis inicial y de qué forma incrementaremos o disminuirémos la misma, para tener el máximo alivio y la menor toxicidad.

Objetivos principales

- Calmar el dolor para que duerma
 - Calmar el dolor en reposo
 - Calmar el dolor en movimiento
-
- ❖ El tratamiento analgésico es uno de los pilares del tratamiento del dolor, sin embargo, el alivio del sufrimiento requiere de un trabajo en equipo que permita contemplar toda la perspectiva de la persona enferma.
 - ❖ Valorar frecuencia, duración, cantidad y aspecto de los vómitos. Identificar factores que se asocian a ellos (postura, comida, dolor, etc.). Proteger al paciente del riesgo de aspiración.
 - ❖ Aplicar paño húmedo en la frente, cuello y muñecas, para disminuir el síndrome vagal (sudación, bradicardia, mareo, etc.).
 - ❖ Realizar higiene bucal después del vómito y cuando el paciente esté tranquilo.
 - ❖ Aconsejar al paciente respirar profundamente para reducir el reflejo nauseoso.
 - ❖ Mantener el ambiente limpio, agradable y relajado. Evitar olores y visiones desagradables.
 - ❖ Comer y beber lentamente.
 - ❖ No forzar la ingesta de alimentos, respetar las apetencias del paciente.
Cuidar la higiene oral.
 - ❖ Averiguar las preferencias alimentarias del paciente.
 - ❖ Ofrecer comidas bien presentadas, poco abundantes y fáciles de masticar y digerir, siempre según el estado del paciente y no forzando nunca la ingesta.
 - ❖ Mantener una posición correcta de tronco y miembros. Evitar presión sobre las extremidades (estos pacientes tienen aumentada la sensibilidad a la presión).
 - ❖ Mantener en todo momento al paciente limpio y seco.
Mantener la habitación bien aireada, sin corrientes de aire.
 - ❖ Respetar los deseos del paciente cuando intenta quitarse la ropa. Es frecuente que la muerte sobrevenga por shock séptico. Ello ocasiona sensación de calor intenso, por fiebre, aunque la piel esté fría y húmeda
 - ❖ Mantener la habitación con luz tenue e indirecta.

❖ CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON LINFOMAS

Los linfomas pueden causar diferentes signos y síntomas, dependiendo de su localización en el cuerpo; sin embargo, puede no causar síntoma sino hasta que crece lo suficiente.

Según los signos y síntomas más comunes a todos los linfomas, los cuidados de enfermería oncológica son:

❖ **FIEBRE**

- CSV: control de la temperatura de forma más frecuente, ej. Cada dos horas.
- Asistir con medios físicos: colocar compresas frías bajo los brazos, en ingle, en la frente.
- Administrar antipiréticos, según indicación médica.
- Estimular al paciente a realizar baños tibios a fríos.
- Proporcionar un ambiente cómodo, cálido, tranquilo, relajante para el paciente.
- Evaluar la respuesta al tratamiento.

❖ **SUDORES PROFUSOS NOCTURNOS**

- Baños tibios relajantes.
- Recambio de ropa de cama.
- Recambio de ropa del paciente, que sea de algodón y cómoda.
- Aconsejar a la hidratación abundante de agua para compensar.

❖ **PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA. PÉRDIDA DEL APETITO**

- Control de peso semanal.
- Explicar sobre la importancia de la buena alimentación.
- Aconsejar ingerir poca cantidad de alimentos, pero varias veces al día.
- Gestionar entrevista con la nutricionista.

❖ **SENSACIÓN DE CANSANCIO. ANEMIA**

- Control de laboratorio: valores de hematocrito, plaquetas, blancos.
- Si requiere transfusión, cuidados pre, intra y post transfusión: premedicación, CSV, permeabilidad de acceso venoso, que sea la unidad de glóbulos correcta para ese paciente, ritmo de infusión, etc.
- Respetar las horas de sueño y descanso del paciente.
- En horas de actividad: incentivar a interactuar con elementos que no demanden demasiado esfuerzo físico, pero que recreen la mente (pintura, dibujo, música, tejido, películas, etc.).

❖ **TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR EN EL PECHO**

- CSV: saturación de O₂.
- Nebulizar con solución salina.
- Administrar O₂ según indicación médica.
- Administrar antitusivos según prescripción médica.
- Administrar analgésicos según indicación médica.
- Evaluar la respuesta al tratamiento.
- Empironación para drenar el moco de la boca y aspirar secreciones si es preciso

BIBLIOGRAFIA

- Pautas de Oncología, Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cáncer. Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. UNIVERSIDAD de Buenos Aires 2015. Estilos Gráficos S.A.
- www.medigraphip.com/rma
- Revista Mexicana de Anestesiología.
- Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. E. González y C. Noblia. 2015
- Colaboración de equipo de consultorio de mama del instituto Roffo.

