



Universidad del sureste

Materia: practica clínica de enfermería I

Nombre del trabajo: investigación

Nombre del alumno: Jesús Adalberto Gerónimo Avalos

Grado: 6to cuatrimestre

Grupo: Q

Docente: Gabriela Priego Jiménez

Villahermosa Tabasco 21 de mayo del 2020

Úlceras por presión

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

Fisiopatología:

Los principales factores que contribuyen a las úlceras por decúbito son

- Presión: Cuando los tejidos blandos se comprimen entre las prominencias óseas y las superficies de contacto, se produce oclusión microvascular con isquemia e hipoxia tisular; si la compresión no se alivia, puede producirse una úlcera por decúbito en 3 a 4 hs. Esto ocurre con mayor frecuencia sobre el sacro, las tuberosidades isquiáticas, trocánteres, maléolos y talones, aunque pueden aparecer úlceras por decúbito en cualquier lugar.
- Fricción: la fricción (roce contra la ropa o la ropa de cama) puede provocar ulceración de la piel causando erosión local y rotura de la epidermis y la dermis superficial.
- Fuerzas de cizallamiento: las fuerzas de cizallamiento (p. ej., cuando se coloca al paciente inclinado) tensionan y dañan los tejidos de sostén, al hacer que las fuerzas de los músculos y los tejidos subcutáneos empujados por la fuerza de gravedad se opongan a los tejidos más superficiales que permanecen en contacto con las superficies externas. Las fuerzas de cizallamiento contribuyen a las úlceras por decúbito, pero no son causas directas.
- Humedad: la humedad (p. ej., sudoración, incontinencia) conduce a la descomposición y ulceración del tejido, que puede iniciar o empeorar una úlcera por decúbito.

Debido a que el músculo es más susceptible a la isquemia con la compresión de la piel, la isquemia y la necrosis muscular pueden ser la base de una úlcera por decúbito debida a una compresión prolongada.

Causas:

- La causa que desencadena la aparición de estas lesiones es la presión mantenida que pueden verse agravados por diferentes problemas de salud como:
- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastornos en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteïnemia, deshidratación.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infecciones.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.

- Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal).
- Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos.
- Tratamientos o fármacos inmunosupresores.
- Presencia de sondas y/o drenajes.

Factores de riesgo:

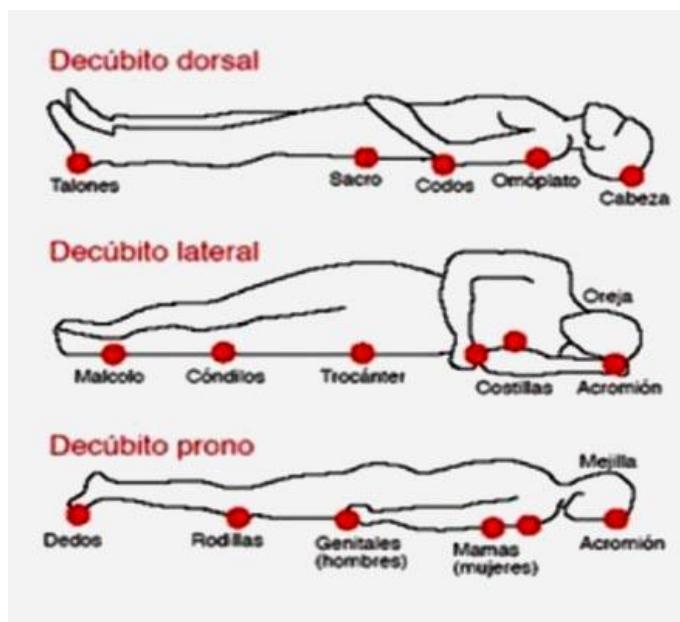
Dentro de los factores intrínsecos podemos enumerar los siguientes:

- *Estado general de salud del paciente
- *Nivel de movilidad del paciente
- *Estado nutricional
- *Edad
- *Nivel de hidratación de la piel

En cuanto a los factores extrínsecos podemos enumerar cuatro:

- Presión. Se define como la carga o fuerza ejercida de forma perpendicular sobre el tejido. Esta presión que deforma la piel y el tejido, a menudo se produce entre una estructura ósea y una superficie externa y provoca isquemia y necrosis en la zona afectada.
- Fricción. Fuerzas de contacto paralelas a la superficie de la piel en caso de movimiento. La fricción entre el tejido y la superficie de contacto puede provocar el deterioro de las capas de la piel.
- Cizalla. Consecuencia de las fuerzas tangenciales aplicadas a la superficie del tejido. Estas fuerzas ocurren en combinación con la presión y aumentan como consecuencia de los movimientos laterales del paciente sobre la zona afectada.
- Microclima o humedad. En general se refiere a las condiciones de humedad y temperatura del tejido y de la superficie de contacto

Localización:



Categorías

CATEGORIA I: eritema no blanqueante

Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible



CATEGORIA II: úlcera de espesor parcial

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento.



CATEGORIA III: pérdida total del grosor de la piel

Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente.



CATEGORIA IV: pérdida total del espesor de los tejidos.

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente



La prevención requiere

- Identificación de los pacientes de alto riesgo
- Reposicionamiento
- Cuidado cutáneo e higiene meticulosos
- Evitar la inmovilización

Tratamiento:

- Disminución de la presión
- Cuidados directos de la úlcera
- Manejo del dolor
- Control de la infección
- Evaluación de las necesidades nutricionales
- Tratamiento adyuvante o cirugía

Hemoderivados

Los pacientes reciben algunas veces transfusiones de sangre entera durante una hemorragia abundante (por ejemplo, después de una lesión o de complicaciones durante el embarazo), pero por lo general se les administra solo el componente sanguíneo que necesitan. Los distintos componentes de la sangre son

- Glóbulos rojos (eritrocitos)
- Plaquetas
- Plasma
- Glóbulos blancos (leucocitos)

Factores de riesgo:

- SIDA
- HEPATITIS
- REACCIONES ALERGICAS
- ADMINISTRACION TARDIA POR NECESIDAD DE PRUEBAS CRUZADAS

Medidas preventivas:

Antes de la transfusión

- Los problemas en la identificación de pacientes están asociados frecuentemente a errores en la medicación, transfusión, realización de pruebas invasivas y no invasivas, procedimientos, etc., favoreciendo la aparición de eventos graves en el paciente.
- Verificar la existencia del consentimiento informado del paciente o familiar responsable.
- Unas cuantas gotas de sangre incompatible transfundidas pueden resultar fuertemente lesivas al receptor.
- Realizar la identificación y verificación de la calidad del componente sanguíneo conjuntamente con el médico, a través de: Confirmar la compatibilidad sanguínea con la hoja de solicitud y las hojas de reporte de pruebas de compatibilidad. Confrontar las papeletas con el formato de solicitud (nombre completo del paciente, número de cedula, tipo de sangre y Rh, número de bolsa, fecha de caducidad del hemocomponente). Revisar en forma detallada el componente sanguíneo verificando que la unidad permanezca sellada sin fugas y que tenga los rótulos de calidad correspondientes. Observar las características generales físicas, del componente (libre de grumos, coágulos y de color adecuado)
- Evitar transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas, una vez que hayan salido del laboratorio.
- Transportar los hemocomponentes en contenedores preferentemente de material plástico, herméticos, termoaislantes y lavables que aseguren la temperatura interior. De tal forma que se minimicen daños por movimientos violentos o por el contacto directo con refrigerantes.
- Hacer una pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, procedimiento correcto y elemento correcto previo inicio a la administración del elemento sanguíneo.

- Para evaluar con exactitud la respuesta del paciente a la transfusión es preciso establecer el valor basal de los signos vitales antes de iniciada la transfusión y posterior a ella.
- Registrar el pulso y la presión arterial al comienzo de una transfusión, y posteriormente cada 15 minutos en la primera media hora y por último al finalizar transfusión de la unidad.
- Los hemocomponentes no deben ser calentados por medios no idóneos, como ponerlos encima de un monitor o bajo un chorro de agua caliente. Deben ser calentados en aparatos indicados para ello, los cuales no superan los 37 ° C en baño maría.
- La toma de temperatura se realiza para valorar en caso de hipertermia si se realiza o no la transfusión (por indicación médica o situaciones de urgencia), así como también, para no confundir una reacción febril pre administración con una transfusional.
- Tomar y registrar la temperatura previa transfusión, e informar el incremento de > 1°C respecto a la temperatura basal.
- Los componentes sanguíneos empleados para una transfusión deben infundirse por un acceso vascular distinto a donde se aplican medicamentos.
- Utilizar una vía venosa gruesa y corta para la administración de hemocomponentes, empleando las medidas de asepsia y antisepsia en su inserción.
- Utilizar preferentemente un catéter periférico calibre N°18 para favorecer la infusión y evitar la hemólisis. Optar por venas de la mano o del antebrazo.
- Utilizar un equipo de transfusión por cada unidad de hemocomponente a transfundir.
- El dispositivo para las transfusiones debe contener un filtro estándar para el atrapamiento de detritus celulares o micro agregados.
- Administrar concentrados eritrocitario en equipos con filtro convencional de 170 – 260 micras.
- El plasma, plaquetas y crioprecipitados se administran en equipos con filtro de 170 a 210 micras.
- El plasma fresco congelado y los crioprecipitados deberán descongelarse en bolsa de plástico individual a una temperatura de 30 a 37°C para no desactivar los factores de la coagulación. Una vez descongelados deberán transfundirse en un período no mayor de 6 horas.
- Las bajas temperaturas pueden causar fracturas de las bolsas contenedoras del plasma o crioprecipitados, por lo que durante el descongelamiento se revisará la existencia de fugas, en caso de haber alguna, se le dará destino final a la unidad de laboratorio.
- El plasma se debe descongelar en agua sin sumergir los puertos, de no ser así, sumergirlo dentro de una bolsa sellada

Durante la transfusión:

- Los concentrados eritrocitarios deben administrarse preferentemente en 2 horas; la transfusión no tendrá que superar las 4 horas por la posibilidad de hemólisis y proliferación de bacterias, ya que aumenta la temperatura del hemocomponente con el tiempo de permanencia en el ambiente

- El plasma fresco, las plaquetas y los crioprecipitados se deben transfundir siempre a la máxima velocidad, ya que conforme pasa el tiempo, su efectividad disminuye considerablemente
- Regular el goteo inicialmente a 30 gotas por minuto y observar la presencia de alguna manifestación clínica de reacción y posteriormente graduar el goteo a 60 gotas por minuto, verificando el ritmo de infusión
- Al añadir aditivos al producto sanguíneo se puede provocar hemólisis del hemocomponente.
- No mezclar el hemocomponente con ningún fármaco o fluido de reposición, con excepción de solución salina al 0.9% de forma simultánea por un equipo alterno
- En caso de colocar un manguito de presión en la unidad del hemocomponente para acelerar su flujo, no superar los 300 mmHg ya que puede ocasionar hemólisis.
- Orientar al paciente sobre los signos y síntomas de una reacción transfusional (ansiedad, escalofríos, cefalea, prurito, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, sensación de calor, disnea, dolor lumbar y dolor torácico) para su notificación oportuna.
- Monitorizar el sitio de punción intravenosa para saber si hay signos de infiltración o flebitis.

Posterior a la transfusión

- Tomar y registrar los signos vitales.
- Vigilar la aparición de signos clínicos de reacción transfusional (escalofríos, cefalea, prurito, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, sensación de calor, disnea, hipotensión, dolor lumbar y dolor torácico).
- Registrar la administración del hemocomponente, cantidad y tiempo de administración, fecha, tipo de componente, número de folio del componente, volumen, hora de inicio, hora de término, signos vitales, observaciones y firma del responsable
- Al finalizar la transfusión anotar y describir las siguientes características de la transfusión realizada: Productos sanguíneos administrados. Signos vitales, antes, durante, después de la transfusión. Volumen total transfundido. Tiempo de transfusión. Respuesta del paciente
- Para el desecho de la bolsa de sangre o hemocomponentes al concluir el procedimiento, separar el equipo de transfusión de la bolsa y desecharlo en el contenedor rojo (bolsa roja).

Intervenciones de enfermería:

Identificar a pie de cama del paciente (nombres completos del paciente, registro).

Identificar el componente a transfundir (nombres del paciente, grupo sanguíneo).

- **NO CALENTAR**
- **UTILIZAR FILTRO estándar (170-210 μ)**
- **Medición y registro de signos vitales, antes, durante y después de la transfusión.**
- **NO SE COMBINA con medicamentos, ni soluciones.**

Prevención de caídas

Según la OMS, la CAÍDA, es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

La caída se encuentra dentro del grupo de efectos adversos de la asistencia sanitaria, porque se trata de un daño, lesión o complicación que acontece durante el tiempo asistencial y que no está directamente producido por la enfermedad que ha motivado el ingreso. La estancia hospitalaria supone un riesgo añadido al motivo de ingreso, intercediendo en la seguridad del paciente.

La mayor parte de las caídas cursan sin consecuencias o estas son muy leves. No obstante alrededor de un 5% de las caídas tienen lesiones graves con consecuencias como:

- Discapacidad temporal o permanente
- Aumento de estancias hospitalarias
- Complicaciones del pronóstico, acciones diagnósticas y tratamientos adecuados
- Psicosociales (Síndrome postcaída)

Los factores que influyen en el Riesgo de padecer una caída durante el período de ingreso hospitalario son:

- Factores extrínsecos o ambientales, son los que están relacionados con el ambiente de la persona o su interacción con el entorno.
- Factores intrínsecos o personales, son los que están relacionados con la condición o comportamiento de la persona.

Los objetivos que se pretenden conseguir con el programa de Prevención de Riesgo de caídas son:

- Identificar situaciones que puedan propiciar que ocurra una caída
- Identificación de pacientes con riesgo alto de caída
- Prevenir las caídas a los pacientes atendidos en urgencias y/o hospitalización
- Aumentar la Seguridad del Paciente
- Establecer criterios de actuación homogéneos en la prevención y cuidados a pacientes con riesgo de caída de acuerdo con las últimas evidencias científicas