



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
UNIVERSIDAD UDS**

PLANTEL VILLAHERMOSA

Licenciatura en Enfermería

PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA I

Presenta:

FLOR ADRIANA CRUZ RODRIGUEZ

Asesor:

GABRIELA PRIEGO JIMENEZ

PALENQUE, CHIAPAS

MAYO DE 2020

ULCERAS POR PRESIÓN

Concepto:

El National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), un grupo de expertos en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, definió una úlcera por presión como «lesión localizada de la piel y/o tejido subyacente, normalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o presión en combinación con fuerzas de cizallamiento y/o fricción.

Fisiopatología:

Los mecanismos que provocan la aparición de estas lesiones son:

Presión: es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente y el otro externo, como sillón, cama, etc.

Fricción: es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel. Produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado en el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerza de fricción.

Cizallamiento: combina los efectos de presión y fricción, por ejemplo posición de fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona, debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.

Humedad: la incontinencia es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de úlceras por presión.

Mecanismo fisiopatológico:

Existen tres mecanismos que conducen al deterioro del tejido.

- El primer mecanismo es la oclusión del flujo sanguíneo hacia la piel y la consiguiente lesión cuando se elimina dicha oclusión y se produce una reperusión abrupta del lecho vascular isquémico.

- El segundo mecanismo está causado por el daño en el revestimiento de las arteriolas y vasos pequeños debido a la aplicación de fuerzas disruptivas y de cizallamiento. Este mecanismo parece concordar con las zonas del cuerpo más frecuentemente afectadas por úlceras de presión, el sacro y el trocánter. Deslizarse en la cama desde una posición sentada causa fuerzas disruptivas de cizallamiento y produce daño en el músculo subcutáneo subyacente o en la dermis profunda de la zona sacra. La zona del trocánter puede estar expuesta durante períodos prolongados a presión externa si el paciente no se ha movido o dado la vuelta las veces necesarias o está mucho tiempo en la misma posición durante una operación quirúrgica.
- La tercera causa de las úlceras por presión es la oclusión directa de los vasos sanguíneos debido a presión externa durante un período prolongado de tiempo, causando la muerte celular. El desarrollo de escaras negras se observa normalmente en las extremidades inferiores de los pacientes donde la piel es fina, y próximo a una prominencia ósea. Estos individuos normalmente tienen antecedentes de estrechamiento arterial durante un período prolongado de tiempo.

Etiología:

La etiología general de una úlcera por presión es la intensidad y duración de la presión, así como la tolerancia de la piel y de sus estructuras que soportan la presión. Los cambios en la piel y en las estructuras de apoyo debidos al proceso de envejecimiento son factores pronósticos para una úlcera por presión. Además de los cambios normales en la piel relacionados con la edad, las personas mayores deben hacer frente a innumerables enfermedades tanto agudas como crónicas.

- Los factores extrínsecos que afectan a la tolerancia de la piel a las fuerzas de presión son el cizallamiento, fricción, humedad e irritantes cutáneos. La presión es la fuerza principal que ocluye el flujo sanguíneo y causa daño tisular, aunque las fuerzas de cizallamiento son también un factor importante en el desarrollo de úlceras por presión.
- Los factores intrínsecos que afectan a la tolerancia del tejido y causan el deterioro de la piel constituyen dos áreas principales. La primera es la estructura y función de la piel y estructuras circundantes y la segunda es la

capacidad del sistema vascular para irrigar la piel. Entre los factores intrínsecos que afectan a la integridad de la piel se encuentran los cambios en el colágeno, la edad, la mala nutrición y la administración de esteroides.

Factores de riesgo:

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de la piel, falta de elasticidad, fragilidad etc.
- Trastorno en el transporte de oxígeno. Trastornos vasculares periféricos, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales: disminución de la capa grasa subcutánea, pérdida de masa magra o muscular, desnutrición, obesidad, deshidratación.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma, trastornos que disminuyen la movilidad del paciente.

Tipos de estadios:

Estadios y tratamiento de la úlcera por presión				
Estadio	Limpieza/definición de la herida	Desbridamiento	Opciones de apósito de cambio	Frecuencia*
I	Eritema no blanqueante de piel intacta		Película transparente; hidrocoloide adherente	cada 3-7 días a demanda
II	Pérdida de piel de espesor parcial que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas	Solución salina normal o un limpiador aprobado	Película transparente, hidrogel, hidrocoloide	cada 3-7 días a demanda 3 veces por semana cada 3-7 días a demanda
III	Pérdida de piel de espesor completo que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla	Solución salina normal o un limpiador aprobado Si hay tejido necrótico presente, debe realizarse un desbridamiento	1. Apósitos húmedo- seco con solución salina; o hidrogel, gasa humedecida o alginato de calcio 2. Cubrir con gasa o lámina de espuma 3. Usar un método de vendaje menos irritante	cada 4-6 h a demanda cada 3-7 días a demanda cada 12 h a demanda
IV	Pérdida de piel del grosor completo con destrucción extensa, necrosis tisular o daño al músculo, hueso o estructuras de soporte	Lo mismo que en el estadio III	Lo mismo que en el estadio III	

Capas de la piel y profundidad de cada ulcera:



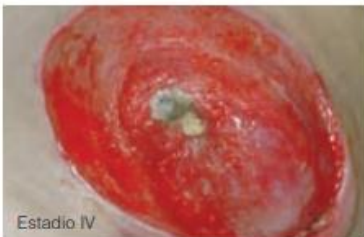
- I. La piel no está pálida aunque está intacta.



- II. Pérdida de piel de grosor parcial de la dermis y epidermis.



- III. Pérdida de piel de espesor completo que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo hasta la fascia subyacente, aunque sin atravesarla.



- IV. Pérdida de piel del espesor completo con destrucción extensa hasta el músculo, hueso o estructuras de soporte.

Prevención y tratamiento:

Para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión deben valorarse de forma precisa el estado del paciente, las lesiones que presente y su entorno de cuidados, para lo cual se recomienda:

- Reducir o eliminar, en lo posible los puntos de presión y fricción, mediante: cambios posturales, masajes u otras medidas adicionales: colchones y cojines especiales, almohadas etc.

- Realizar cambios posturales cada dos-cuatro horas en el paciente inmovilizado. Valorar los puntos de presión en cada cambio postural.
- Lavado de piel con agua y jabón neutro y secado exhaustivo sin fricción.
- Aplicar cremas hidratantes en pieles secas y ácidos grasos hiperoxigenados en zona de riesgo, con masaje ligero y en forma circular.
- Mantener al paciente en posición funcional: cuerpo alineado y extremidades apoyadas para prevenir deformidades.
- Se debe utilizar una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado y la situación clínica del paciente.
- Vigilar y controlar los factores de riesgo, para lo cual existen diversas escalas de valoración.

Tratamiento:

El cuidado local, consta básicamente de limpieza de la herida, desbridamiento, prevención y tratamiento de infecciones bacterianas y estimulación de granulación y la epitelización.

Bibliografía: libro enfermería gerontológica de Patricia A. Tabloski

TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

Concepto:

Una trasfusión de hemoderivados y/o de sangre, es la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto (donante) a otro (receptor).

Factores de riesgo:

- Conocer el historial transfusional del paciente que se va a transfundir.
- Evitar la transfusión de más de una unidad de sangre o hemocomponente de forma continua, a menos que sea necesario debido al estado del receptor.
- En caso de no contar con el grupo y Rh del hemocomponente prescrito, notificar al médico para valorar alguna alternativa de compatibilidad del elemento sanguíneo a transfundir, según grupo sanguíneo del receptor.

Medidas preventivas o de seguridad:

Antes de la transfusión:

- Verificar la existencia del consentimiento informado del paciente o familiar responsable.
- Confirmar la compatibilidad sanguínea con la hoja de solicitud y las hojas de reporte de pruebas de compatibilidad.
- Observar las características generales físicas, del componente.
- Evitar transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas.
- Transportar los hemocomponentes en contenedores preferentemente de material de plástico, hermético, termoaislante y lavable que aseguren la temperatura interior.
- Registrar el pulso y la presión arterial al comienzo de una transfusión, y posteriormente cada 15 minutos en la primera media hora y por ultimo al finalizar la transfusión.
- Utilizar preferentemente un catéter periférico calibre 18 para favorecer la infusión y evitar la hemólisis.

Durante la transfusión:

- 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.
- 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 maguito de presión en la unidad del hemocomponente para acelerar su flujo, no supera los 300mmhg ya que puede ocasionar hemolisis.
- 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.

Posterior a la transfusión:

- Tomar y registrar los signos vitales.
- Vigilar la aparición de signos clínicos de reacción transfusional (escalofríos, cefalea, prurito, entre otros).
- Registrar la administración de 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:

- Suspender de forma inmediata la transfusión en caso de presentar alguna manifestación clínica de reacción.
- Una vez suspendida la transfusión, trasladar la bolsa con sangre o sus componentes junto con el equipo de transfusión al banco de sangre.
- Mantener la vía endovenosa infundiendo solución salina isotónica.
- Tomar muestras sanguíneas (con anticoagulantes y sin anticoagulantes) y de orina dependiendo del tipo de reacción y el componente transfundido.
- Notificar al médico que prescribió la transfusión para determinar el tipo de reacción.
- Notificar al personal de laboratorio el tipo de reacción presentada y enviar el elemento causante de la reacción, conjuntamente con la notificación de la reacción.
- Monitorizar y registrar las cifras de temperatura corporal.
- Dejar constancia, de la transfusión y posibles reacciones, en la hoja de registro de enfermería, la cual debe anexarse al expediente clínico.

Bibliografía: pdf de intervenciones de enfermería para la seguridad en el manejo de la terapia transfusional.