

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA 1.

TEMA:

**ULCERAS POR PRESIÓN, TRANSFUSIÓN DE
HEMODERIVADOS Y PREVENCIÓN DE
CAÍDAS EN MAYORES DE 60 AÑOS.**

ALUMNA:

KENIA GUADALUPE MONTEJO MENDEZ.

DOCENTE:

LIC. ENF. GABRIELA PRIEGO JIMÉNEZ.

VILLA HERMOSA, TABASCO. FECHA: 23 DE MAYO DEL 2020

Úlceras por presión (UPP).

Las úlceras por presión (UPP), también conocidas como úlceras de decúbito y/o escaras son una lesión isquémica localizada en la piel y/o tejido subyacente con pérdida de sustancia cutánea; por lo general, se producen como resultado de la presión y/o fricción donde se localiza una prominencia ósea.

Fisiopatología.

La integridad de la piel se puede ver alterada fundamentalmente por estos cuatro factores:

- **Presión:** Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6 -32 mm. de Hg., si esta aumenta (>32mm. de Hg.) ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y la necrosis de los mismos.
- **Fricción:** Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
- **Cizallamiento (Fuerza externa de pinzamiento vascular):** Combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.
- **Humedad:** Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.

Causas.

- Humedad
- Hospitalización
- Edad
- Diabetes
- Malnutrición/deshidratación
- Factores psicológicos

Factores de riesgo.

- la malnutrición proteico-calórica,
- el microclima (la humedad de la piel causada por la sudoración o la incontinencia)
- enfermedades que reducen el flujo sanguíneo a la piel como la aterosclerosis o que disminuyen la sensibilidad de la misma tales como la parálisis o la neuropatía,
- la edad de la persona
- las condiciones médicas
- el tabaquismo
- el uso de medicamentos como los antiinflamatorios.

Localización.

zonas más susceptibles de desarrollar UPP.

- Decúbito supino: occipital, escapulas, codo, sacro, coxis, talones, dedos de pies.
- Decúbito lateral: pabellón auricular, acromion, costillas, trocánter, crestas iliacas, cóndilos (rodillas), tibia, maléolos tibiales, dedos laterales del pie.
- Decúbito prono: frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas iliacas, pubis, genitales en los hombres, rodillas y dedos de los pies.
- Sedestación: occipital, escapulas, codos, sacro, tuberosidades isquiáticas, subglúteos, huecos poplíteos y talones.
- Sujeción mecánica y otros dispositivos: fosas nasales con sondajes, pabellón auricular con gafas nasales, meato urinario con sondaje vesical, muñecas y tobillos.

Tipos de estadios.

Las UPPS se clasifican en cuatro estadios según el grado de lesión tisular.

Estadio I

- Eritema cutáneo en piel integra que no palidece/desaparece con la presión, en pieles oscuras pueden presentar tonos rojos, azules o morados.
- En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:
 - ✓ Temperatura de la piel (caliente o fría)
 - ✓ Consistencia de tejido (edema, induración)
 - ✓ Sensaciones de dolor y escozor.



Estadio II

- Pérdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas.
- Ulcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



Estadíos III

Pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia la fascia muscular.



Estadio IV

- Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, lesión en musculo, hueso y estructuras de sostén (tendón, capsula articular, etc.)
- pueden presentarse necrosis, lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.



Prevención y tratamiento.

Ante el tratamiento de una UPP se tendrá en cuenta una doble visión de los cuidados:

Cuidados generales:

- Alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones
- Soporte nutricional: La nutrición juega un papel relevante en la prevención y el abordaje de la cicatrización de las heridas.
- Manejo del dolor: Valorar a todos los pacientes en cuanto al dolor relacionado con la U.P.P., con su tratamiento y patologías asociadas. La percepción del dolor es subjetiva, cuando un paciente se queja de dolor hay que tratarlo.

Considerar los parámetros siguientes:

- ✓ intensidad: para medir la intensidad del dolor se recomienda hacer una valoración previa del estado cognitivo del paciente para poder aplicar la escala de valoración más adecuada
- ✓ Calidad: continuo, incidental (relacionado con las movilizaciones o las curas)
- ✓ Irruptivo: de aparición impredecible.

Cuidados locales.

- Limpieza
 - ✓ Retirar restos orgánicos e inorgánicos y exudados presentes en la lesión.
 - ✓ Rehidratar la superficie de la herida para facilitar medio húmedo
 - ✓ Facilitar la inspección de la lesión.
 - ✓ Disminuir el riesgo de infección.
- Desbridamiento
 - ✓ Eliminar restos necróticos, esfacelos, detritus celulares, que son los que entorpecen la curación, y van a potenciar la aparición de infección ya que son una fuente excelente de alimentación bacteriana.
 - ✓ Eliminar el mal olor.
 - ✓ Favorecer la restauración estructural y funcional de la piel.
 - ✓ Facilitar la curación, acelerando las fases de proliferación celular.
 - ✓ Permitir ver la existencia de posibles cúmulos de exudado o abscesos.
 - ✓ Permitir evaluar la profundidad de la lesión.
- Abordaje de la infección bacteriana
 - ✓ Contaminación. Presencia de microorganismos (que no se multiplican). Todas las UPP, se pueden considerar contaminadas.
 - ✓ Colonización. Multiplicación activa de microorganismos sin generar problemas clínicos.
 - ✓ Colonización crítica: Desequilibrio bacteriano, puede no presentar signos aparentes de infección, pero si otros signos como retraso en la cicatrización, aumento del exudado, del dolor, cambio de color. Deberán ser tratadas como infectadas, se considera:
 - ✓ Infección local cuando están presentes los siguientes Signos y síntomas:
 - Inflamación (eritema, tumor, calor)
 - Dolor
 - Olor .
 - Aumento de exudado y/o exudado purulento

- Cuidados básicos
 - ✓ Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
 - ✓ Como y cuando cambiar los pañales húmedos.
 - ✓ Necesidad de una nutrición e hidratación adecuada: proteínas, vitaminas B y C, hierro, calorías y agua (favorecen la cicatrización de los tejidos y puede evitar la aparición de las UPP y de la infección)
 - ✓ Mantener la posición anatómica correcta, proporcionar detalles claros.
 - ✓ Hacer cambios posturales y ejercicios de movilización, así como la necesidad de pautarlos:
 - Previenen la aparición de UPP
 - Previenen la congestión de las secreciones respiratorias
 - Facilitan la expectoración
 - Favorecen la circulación
 - Favorecen la circulación
 - Proporcionan bienestar al evitar la presión prolongada
 - Previenen contracturas

Prevención.

- Valoración del riesgo con la escala de Braden
- Cuidados de la piel:
 - ✓ Hacer hincapié en zonas donde hay prominencias óseas (sacro, caderas, tobillos, codos, etc.)
 - ✓ Prestar especial atención también a las zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, secreciones)
 - ✓ Observar la presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.
- Limpieza y cuidados locales de la piel
- Manejo de exceso de humedad
- Manejo de la presión:
- Movilización: Fomentar y mejorar la movilidad y actividad del paciente proporcionándole los dispositivos de ayuda necesarios (andadores, bastones, trapecios, barandillas).
- Cambios posturales: realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Buena alimentación.

Bibliografía.

<https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>

TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS.

Según la OMS (1), una transfusión de sangre es la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto (donante) a otro (receptor). Una transfusión de sangre puede salvar la vida del paciente, de ahí la necesidad de que los servicios de salud procuren mantener un suministro adecuado de sangre segura y garantizar que se utilice como corresponde.

La infusión de hemoderivados es una técnica básicamente de enfermería, que requiere un conocimiento profundo de las bases fisiológicas y manejo meticuloso de la atención del paciente y la aplicación correcta de un protocolo, para prevenir las serias complicaciones que pueden presentarse. No es una responsabilidad menor debido a que un error puede ocasionar la muerte del paciente (incompatibilidad sanguínea).

Factores de riesgo.

- Incompatibilidad
- Hemorragia
- Malnutrición
- Anemias

Medidas preventivas.

Antes de la transfusión:

1. Verificar la existencia del consentimiento informado del paciente o familiar responsable.
2. 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).
3. Evitar transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas, una vez que hayan salido del laboratorio.
4. 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.
5. Hacer una pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, procedimiento correcto y elemento correcto previo inicio a la administración del elemento sanguíneo.
6. 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.

7. 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.

8. Tomar y registrar la temperatura previa transfusión, e informar el incremento de > 1°C respecto a la temperatura basal.

9. Utilizar una vía venosa gruesa y corta para la administración de hemocomponentes, empleando las medidas de asepsia y antisepsia en su inserción.

10. 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.

11. Utilizar un equipo de transfusión por cada unidad de hemocomponente a transfundir.

12. Administrar concentrados eritrocitarios en equipos con filtro convencional de 170 – 260 micras.

13. 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. Intervenciones de enfermería para la seguridad en el manejo de la terapia transfusional

14. 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.

15. El plasma se debe descongelar en agua sin sumergir los puertos, de no ser así, sumergirlo dentro de una bolsa sellada.

Durante la transfusión:

1. 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 (tabla 3).

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Monitorizar el sitio de punción intravenosa para saber si hay signos de infiltración o flebitis.

Posterior a la transfusión:

1. Tomar y registrar los signos vitales.

2. 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).

3. 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.

4. 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.

5. 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.

1. Identificar al paciente y número de historia clínica antes de realizar la extracción sanguínea. Si durante una urgencia, debe extraerse una muestra de sangre de un paciente no identificado, asegúrese de que la haya sido asignado un número de identificación temporal. Después se enviará la muestra a laboratorio (identificada) para determinar el grupo, Rh y pruebas cruzadas.
2. Tomar signos vitales del paciente cada 15 minutos durante la transfusión, antes y después de la transfusión.
3. Identificar el producto: Confirmar el precinto de compatibilidad adherido a la bolsa de sangre y la información impresa para verificar que se corresponde.
4. Obtener la historia transfusional del paciente: Si es la primera vez que se le administra una transfusión, explicarle las características del procedimiento o síntomas subjetivos de la reacción adversa, cefaleas, escalofríos, etc. Dado que es una técnica con un potencial de riesgo, es prioritario disponer del consentimiento informado, que además ayuda a reforzar la información aportada al paciente.
5. Preparación del material: Seleccionar catéter o aguja de calibre grueso, con el fin de evitar fenómenos hemolíticos. Optar por venas del antebrazo o de la mano. Para los adultos es aconsejable utilizar agujas o catéteres de calibre 18 o 19; para recién nacidos y niños, un calibre 22 o 23G.
6. Valoración del paciente durante la transfusión: Para evaluar con exactitud la respuesta del paciente a la transfusión, es preciso establecer el valor basal de sus signos vitales antes de iniciada y posteriormente cada media hora.
7. Administración de suero fisiológico: Tanto si se utiliza una vía intravenosa ya establecida como si se instaura una nueva para la transfusión.
8. Iniciar transfusión: A un máximo de 2 ml/minuto durante los primeros quince minutos, permaneciendo junto al paciente, de esta forma, si el paciente muestra signos o aqueja síntomas típicos de reacción adversa interrumpir de inmediato la transfusión (unas cuantas gotas de sangre incompatible pueden resultar fuertemente lesivas) y comunicarlo inmediatamente al facultativo.
9. Mantener velocidad de transfusión.
10. Registrar la transfusión en la hoja de enfermería.

Intervenciones de enfermería que deben realizarse de manera oportuna ante reacciones adversas relacionadas con la terapia transfusional en pacientes adultos.

1. Suspender de forma inmediata la transfusión en caso de presentar alguna manifestación clínica de reacción.
2. Una vez suspendida la transfusión, trasladar la bolsa con sangre o sus componentes junto con el equipo de transfusión al banco de sangre.
3. Mantener la vía endovenosa infundiendo solución salina isotónica.
4. Tomar muestras sanguíneas (con anticoagulante y sin anticoagulante) y de orina dependiendo del tipo de reacción y el componente transfundido.
5. Notificar al médico que prescribió la transfusión para determinar el tipo de reacción.
6. Tomar y registrar signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial).
7. En caso de reacción alérgica ministrar de acuerdo a la prescripción médica:
 - Difenhidramina 25 mg por vía intravenosa.
 - Hidrocortisona 100 mg por vía intravenosa.
 - En casos graves usar adrenalina 0.5 ml por vía intravenosa.
8. 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.
9. Suspender la transfusión solo en caso de hemólisis o reacción grave; de lo contrario, solo se requiere tratamiento sintomático con difenhidramina 25 mg intravenoso y antipiréticos vía oral.
10. Monitorizar y registrar las cifras de temperatura corporal.
11. Administrar antipiréticos como paracetamol o anti inflamatorios no esteroideos.
12. Dejar constancia, de la transfusión y posibles reacciones, en la hoja de registros clínicos de enfermería, la cual debe anexarse al expediente clínico.

Bibliografía.

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/754GER.pdf>

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-754-15-Intervenciones/754GRR.pdf>.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN MAYORES DE 60 AÑOS.

La Organización Mundial de la Salud define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina e involuntaria. Puede ser referida por el paciente o por un testigo.

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería cuyo seguimiento es común en todos los programas de calidad de los distintos hospitales.

Las consecuencias de las caídas son especialmente importantes en la evolución de los pacientes. Los factores situacionales influyen en las lesiones desarrolladas al caer los pacientes. Así, las caídas desde la posición vertical o caídas laterales con impactos directos sobre la cadera son los que se asocian con mayor riesgo de fractura, que también se ve influido por factores ambientales, como la superficie de impacto y factores intrínsecos, como la mineralización ósea. Las caídas de repetición constituyen un síndrome que identifica una situación de riesgo elevado de morbimortalidad en el anciano. Estudios epidemiológicos demuestran la capacidad predictora de dependencia funcional y mortalidad de las caídas de repetición, la mayoría asocian este síndrome con cierto grado de discapacidad y de comorbilidad por patologías crónicas.

Medidas de prevención.

Prevención primaria:

Medidas tendentes a evitar la aparición de caídas. Irán dirigidas al conjunto de la población mayor. Se incluyen medidas a dos niveles:

- a) Campañas de educación para la salud y promoción de hábitos saludables. Dirigidas a los mayores y a sus familiares y cuidadores.
- b) Medidas de seguridad en el entorno. Hasta un 22% de las caídas ocurren con participación determinante de los factores extrínsecos. La eliminación de barreras arquitectónicas en la vía pública, y la accesibilidad en el transporte son medidas eficaces de las que no solo se beneficiarán las personas mayores. Especial importancia tiene la realización de las modificaciones ambientales necesarias en el propio domicilio del mayor.

Prevención secundaria:

Dirigida al mayor que ha caído en alguna ocasión. Incluirá una adecuada valoración del anciano en aras a identificar los factores de riesgo incriminados, y a establecer las medidas correctoras multidisciplinares consecuentes de forma precoz.

Prevención terciaria:

Su objetivo es minimizar las consecuencias funcionales de la caída, una vez producida. Entre sus objetivos concretos se incluyen enseñar a levantarse al anciano, rehabilitar su estabilidad, reeducar la marcha, tratar el Sd. poscaída, etc. Quizás si sea interesante recordar las recomendaciones para que el anciano que ha caído en alguna ocasión pudiera levantarse solo, en caso de necesidad. Se debe explicar que intente girar en el suelo hasta colocarse en decúbito prono, apoye las rodillas hasta la posición de gateo, de forma que pueda buscar el apoyo de algún mueble y trepe hasta levantarse.

Estrategias según niveles de prevención.

nivel	Medidas estratégicas.
Prevención primaria.	<ul style="list-style-type: none">• Educación para la salud y promoción y hábitos saludables.• Disminución del riesgo ambiental.• Detección precoz de los factores de riesgo intrínseco.
Prevención secundaria.	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación diagnóstica ante la caída.• Corrección de los peligros ambientales.• Corrección de los factores de riesgos intrínsecos.• Evaluación de caídas en repetición.
Prevención terciaria.	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento y rehabilitación de las complicaciones (fractura de cadera).• Kinesiterapia y rehabilitación de la marcha y del equilibrio.• Tratamiento de síndrome post caída.• Sujeciones físicas (limitan la movilidad y la autonomía. Solo cuando sean necesarios).

Bibliografía.

http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MODULO_2.pdf

<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/590/art5.pdf>