



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
PLANTEL VILLA HERMOSA.**

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II

TEMA:

CUADRO SINÓPTICO UNIDAD II

- ✓ ULCERA POR PRESIÓN
- ✓ PREVENCIÓN DE CAÍDAS
- ✓ CONCEPTOS DE: PARACENTESIS, TORACOCENTESIS, PUNCIÓN LUMBAR, PERICARDIOCENTESIS Y SUS RIESGOS

ALUMNA:

JESSICA MONTEJO PEREZ

DOCENTE:

LIC: JUANA INES HERNANDEZ

VILLA HERMOSA, TABASCO. FECHA: 10 DEDICIEMBRE DEL 2020

P
R
E
V
E
N
C
I
O
N
P
O
R
P
R
E
S
I
O
N
U
P
P

Es:

Las úlceras por presión, son lesiones de piel y/o tejidos adyacentes debido a una isquemia de los mismos, producidas por una presión prolongada de los tejidos sobre un plano duro

- **Estadio I:** Enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión.
- **Estadio II:** La zona presenta una erosión superficial limitada a la epidermis o a la dermis. Se presenta en forma de flictena, ampolla o cráter superficial.
- **Estadio III:** La úlcera es más profunda y afecta a la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, pudiendo afectar también a la fascia muscular. A menudo estas úlceras son mayores de lo que aparentan en su superficie y puede aparecer tejido necrótico
- **Estadio IV:** La lesión se extiende hasta el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular) En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tumefacciones o trayectos sinuosos.

Factores de riesgo

Entendemos por factor de riesgo, todas aquellas situaciones que contribuyen a deteriorar la integridad de la piel

Factores desencadenantes:

- Presión
- Fricción
- Fuerza de rozamiento o cizallamiento

Factores predisponentes:

- Inmovilidad
- Presencia de humedad cutánea
- Déficit de higiene
- Desnutrición
- Anemia, ventilación mecánica
- Edema, envejecimiento
- Fiebre, fármacos
- Alteración hemodinámica

Objetivo

- ✓ Identificar a los pacientes de riesgo para prevenir la aparición de úlceras por presión.
- ✓ Establecer las medidas de prevención adecuadas para evitar la aparición de úlceras por presión, de acuerdo con la valoración obtenida.
- ✓ Planificar los cuidados/tratamiento en caso de que la úlcera esté instaurada.
- ✓ Tratamiento y control de la evolución de las úlceras instauradas.

ESCALA DE GOSNELL MODIFICADA

- ✓ ALTO RIESGO: Menos de 11 puntos
- ✓ BAJO RIESGO: De 12 a 17 puntos
- ✓ SIN RIESGO: De 18 a 19 puntos.

Determinación de medidas preventivas

- ✓ Pacientes sin riesgo: 18 a 19 puntos en la Escala Gosnell
- ✓ No precisan cuidados de prevención, excepto en el caso de que haya cambios relevantes
- ✓ Pacientes con riesgo bajo: 12 a 17 puntos en la Escala Gosnell modificada
- ✓ Examinar la piel revisando los puntos de presión cada turno
- ✓ Realizar cambios posturales cada 3 horas si la movilidad /actividad es < 2, siguiendo una rotación programada e individualizada.

Medidas preventivas y tratamiento

- ✓ Realice los decúbitos laterales 30° sobre el eje longitudinal para aumentar la superficie de contacto, liberando el sacro y trocánter apoyando más el glúteo.
- ✓ Mantener en el alineamiento corporal la distribución del peso.
- ✓ Mantener la piel limpia y seca: Tratamiento de la incontinencia si procede, Aseo diario y cuando precise, secado meticuloso, hidratación de la piel.
- ✓ No realizar masajes en la piel que recubre prominencias.
- ✓ Aplicar restaurador de la capa hidrolipídica (Corpitol, Mepentol,) o en su defecto apósitos hidrocoloides de prevención.
- ✓ Evaluar la necesidad de elementos auxiliares para proteger puntos de presión, almohadas, protectores para talones, codos y colchones anti escaras.

Pacientes con alto riesgo: menos de 11 puntos en la Escala de Gosnell modificada

- ✓ Revisar los puntos de presión cada cambio postural.
- ✓ Vigilar los puntos de presión latrogénicos (SNG, catéteres de drenaje, tubos endotraqueales, sonda vesical, mascarilla facial y gafas de oxígeno).
- ✓ Realizar cambios posturales mínimo cada 3 horas según se ha explicado
- ✓ Añadir a los elementos auxiliares apósitos hidrocoloides de prevención.

Tratamiento de úlcera por presión:

- ✓ Prevención de nuevas lesiones por presión. Continuar con Mayor énfasis las medidas de prevención
- ✓ Soporte nutricional
- ✓ Soporte emocional
- ✓ Valoración y descripción de la úlcera

P R E V E N C I O N D E C A I D A S

Es:

El percance involuntario o voluntario que puede sufrir cualquier paciente, tenga o no riesgo previo. Debemos evitar las caídas poniendo en marcha las medidas de prevención adecuadas

- **Objetivos:**
- Identificar pacientes que tienen riesgo de caídas.
- Establecer las medidas preventivas.
- Registrar las caídas en el impreso correspondiente.

Metodología

- ✓ Valoración Inicial del Paciente: Se deben valorar los factores que provocan riesgo de caída según la escala de valoración:
- ✓ Si uno solo de los factores de la escala de valoración resulta positivo, se deberá incluir al paciente en el protocolo de prevención.

- ✓ Determinación del Nivel de Riesgo en aquellos pacientes con riesgo de caída. Aumenta el riesgo de caída en función del número de factores relacionados.
- ✓ Establecer medidas de prevención: Se planificarán actividades en el Plan de Cuidados en función de los factores identificados.
- ✓ Declaración en caso de que se produzca una caída: Se debe realizar la declaración rellenando el impreso adecuado.

Escala de valoración de factores de riesgo

- ✓ Estabilidad/movilidad: Si tiene limitación de la movilidad.
- ✓ Audición: si presenta sordera de ambos oídos, de un oído o hipoacusia.
- ✓ Visión: si tiene ceguera de ambos ojos o visión disminuida.
- ✓ Nivel de conciencia: agitado, confuso o desorientado.
- ✓ Caídas anteriores: Conocer si tiene historia previa de caídas o deterioro de la percepción.

- ✓ Conocer la señalización visual en la cabecera de su paciente, con los colores:
- ✓ Verde (Riesgo bajo)
- ✓ Amarillo (Riesgo medio)
- ✓ Rojo (Riesgo alto)

Medidas preventivas

Riesgo bajo:

- ✓ Al ingreso, la enfermera le informará sobre la importancia de la prevención de caídas.
- ✓ Recibirá orientación sobre el espacio y ambiente físico de la unidad en la que se encuentre.
- ✓ Se le solicitará zapato antiderrapante cerrado tipo mocasín o sandalia con adecuada sujeción.
- ✓ Se solicitarán los dispositivos de ayuda (bastón, andadera, lentes o audífonos) para que estén al alcance del paciente.
- ✓ Le sugerimos mantener ordenada la habitación, retirando todos los objetos que puedan producir caídas.
- ✓ Si considera que la iluminación no es la adecuada, solicite que la mantengan de acuerdo a sus necesidades.
- ✓ Verifique que la cama esté en posición baja y con el freno puesto.
- ✓ Solicite la asistencia del personal de enfermería para apoyar al paciente.
- ✓ Evite caminar mientras el piso este mojado
- ✓ Recuerde la importancia de solicitar ayuda.

Riesgo medio:

- ✓ Solicite información acerca de las restricciones para la movilización del paciente.
- ✓ Visite frecuentemente a su paciente, considere que tiene necesidad de estar acompañado.
- ✓ Si es necesario poner de pie al paciente, manténgalo sentado unos minutos en la cama antes de levantarlo.
- ✓ Mantenga los barandales en alto, mientras el paciente se encuentre en cama.
- ✓ Apoye al paciente para asistir al sanitario o bien ofrézcale el orinal o cómodo con frecuencia
- ✓ Acompañe al paciente al momento de bañarse o al trasladarse dentro y fuera de su unidad.

Riesgo alto:

- ✓ Permanezca con el paciente las 24 horas a n de disminuir el riesgo de caída.
- ✓ En caso de ser necesario, el personal responsable de la atención del paciente, solicitará a usted una Carta de Consentimiento Informado, en la cual autorice la aplicación de medicamentos y medidas de sujeción para mejorar la seguridad del paciente.

Paracentesis: Procedimiento para la extracción de líquido del espacio abdominal. Puede ser un procedimiento diagnóstico (para extracción de muestra) o terapéutico (Drenaje de líquido para disminuir la presión intraabdominal).

Toracocentesis: La toracocentesis es una técnica insignificamente molesta utilizada para analizar y tratar las radiaciones pleurales, una afección en la que hay un líquido innecesario en el espacio pleural, también llamado agujero pleural. Este espacio existe entre el exterior de los pulmones y dentro del divisor de cofres(pecho). Para evadir EPOC y atelectasia.

Punción lumbar: es una inyección en la espalda para extraer una muestra del líquido que rodea a la médula espinal. Se utiliza como prueba para varias enfermedades. Al contrario de las ideas preconcebidas, la punción lumbar es absolutamente indolora si se efectúa bien. Normalmente el examen se desarrolla en el hospital, bajo anestesia local profunda. La aguja, muy fina, se introduce en la parte inferior de la espalda, entre la cuarta y la quinta vértebra, mientras el paciente está sentado y la espalda encorvada. El líquido se recoge en tubos para ser estudiado. Por lo general, una punción lumbar dura entre diez y quince minutos. En caso de dificultades, se puede efectuar bajo control radiológico, lo que hace que la prueba dure más tiempo.

Pericardiocentesis y sus riesgos: La pericardiocentesis es un procedimiento que utiliza una aguja para extraer líquido del saco pericárdico. Este es el tejido que rodea el corazón.

Los riesgos pueden incluir:

- ✓ Sangría.
- ✓ Pulmón colapsado.
- ✓ Ataque al corazón.
- ✓ Infección (pericarditis).
- ✓ Latidos irregulares (arritmias).
- ✓ Punción del músculo cardíaco, arteria coronaria, pulmón, hígado o estómago.
- ✓ Neumopericardio (aire en el saco pericárdico).

EQUIPAMIENTO, REPOSICIÓN Y LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN DE UCI

Material de la habitación

- ✓ Monitor de cabecera con módulo Hemo y cables
- ✓ Cables de E.C.G., pulsioximetría y PSN.
- ✓ Caudalímetro de oxígeno con humidificador.
- ✓ Aspirador completo montado y preparado con sondas de aspiración (10 unidades del nº 16 y 10 un. del nº 14)
- ✓ Ambú completo y mascarillas de oxígeno tipo Venturi y reservorio
- ✓ Alargadera de oxígeno
- ✓ Sistema de gafas de oxígeno.

INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL:

Se trata del método de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea. Asegura además aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial, y facilita la ventilación artificial y la aspiración de secreciones. Por otra parte, permite su utilización como vía de emergencia para la administración de fármacos hasta conseguir una vía venosa.

MATERIAL DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

1. Tubo endotraqueal (TET) En adulto normal es nº 8, 8,5 ó 9.
2. Laringoscopio con 2 palas curvas, números 2,3. Fiador para el TET.
3. Lubricante hidrosoluble en spray tipo Sylkospray.
4. Jeringa de 10 CC.
5. Paño estéril.
6. Guantes estériles.
7. Pinza de Magill.
8. Venda de gasa para sujetar TET.
9. Ambú con mascarilla y reservorio.
10. Alargadera de Oxígeno.
11. Material para aspiración de secreciones (equipo aspiración, sondas).
12. Carro de paradas próximo.
13. Fonendoscopio.
14. Respirador en la habitación montado y calibrado.
15. Medicación para inducción anestésica y/o miorelajación

R
E
S
P
I
R
A
D
O
R
E
S

Tipos de respiradores

Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo Se programa el volumen que se entrega periódicamente en un tiempo determinado. El pulmón es la variable independiente y la presión dependiente de la resistencia de la vía aérea y de la complicación toracopulmonar.

Respiradores manométricos ciclados por presión Se programa la presión y la insuflación termina cuando se alcanza el valor prefijado. La presión es la variable independiente y el volumen es incierto ya que depende de la resistencia aérea y de la distensibilidad toracopulmonar.

Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo

Insuflación: El respirador genera una presión de un volumen de gas y lo moviliza insuflando en el pulmón a expensas de un gradiente de presión. La presión máxima alcanzada se llama presión pico.

Meseta: El gas introducido en el pulmón es mantenido en él (pausa inspiratoria) durante algún tiempo regulable para homogeneizar su distribución en todos los alvéolos.

Espiración o deflación: La retracción elástica del pulmón insuflado es un fenómeno pasivo para el vaciado pulmón

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Un paciente conectado a un ventilador debe ser aspirado para eliminar las secreciones pulmonares y mantener las vías aéreas permeables, la aspiración endotraqueal se emplea solamente cuando hay una clara evidencia de secreciones excesivas retenidas, ya que esta les somete a unos peligros potenciales como: Hipoxemia, broncoespasmo (por estímulo del catéter sobre las paredes de las vías aéreas), infecciones (neumonía nosocomial).

Material:

- ✓ Guantes estériles
- ✓ Ambú con reservorio y válvula de PEEP si precisa
- ✓ Caudalímetro, humidificador y alargadera de oxígeno
- ✓ Sondas de aspiración nº 14 y 16
- ✓ Suero fisiológico estéril 20cc
- ✓ Equipo de vacío completo y funcionando.

Bibliografía: [ANTOLOGIA práctica clínica de enfermería.pdf](#)