



**Nombre de alumnos: Selvi Joseline
López Gómez.**

**Nombre del profesor: DR. Fernando
Romero Peralta.**

**Nombre del trabajo:
mapa conceptual**

Materia: Enfermería

Medico Quirúrgica

1.Grado: 5TO.

Cuatrimestre.

Grupo: “Único”

Pichucalco, Chiapas a 27 de febrero de 2021

PACIENTES EN CAMA, CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN. TÉCNICAS DE CURACIONES Y DRENAJES.

Úlceras por presión.

¿Qué son?

Son lesiones en la piel y el tejido inferior **que** resultan de una **presión** prolongada sobre la piel.

Características.

Comúnmente **se** forman **donde** los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

Clasificación de las úlceras.



Úlcera por presión grado I

Clínicamente se presenta como un eritema que no blanquea a la presión. También puede observarse como una mancha morada o violácea persistente.

Úlcera por presión grado II

Se caracteriza por comprometer tanto la epidermis como la dermis (las dos primeras capas de la piel).

Úlcera por presión grado III

Compromete además de la dermis y la epidermis, el tejido celular subcutáneo (tejido graso). Se caracteriza por que drena un líquido seroso o purulento cuando está infectada.

Úlcera por presión grado IV.

Son lesiones tan profundas que comprometen tejidos como músculo, hueso, tejido cartilaginoso, vísceras, y demás estructuras que sean sometidas a presión. Es frecuente observar tejido necrótico.

Prevención de la piel.

Objetivo:

Mantener una piel limpia.

Cuidados.

- Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.

- Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.
- Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones)
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)

- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano v/o taloneras con velcro.

- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm), procurando su completa absorción con un masaje suave.
- Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel esté intacta.

Exceso de humedad.

Objetivo:

Evitar signos de maceración o infección en la piel por él.

Cuidados:

Cuidados del paciente: sondaje vesical si es necesario, colocar pañales absorbentes o colectores.

Para prevenir el deterioro de la piel de la persona incontinente, es fundamental, en el caso de uso de absorbentes, que éste sea:

- 1.-Transpirable para que ayude a mantener un microclima de la piel adecuado, para prevenir el deterioro de la misma.
- 2.-Que la capa que está en contacto con la piel esté siempre seca, para lo que el absorbente debe tener un bajo retorno de humedad, es decir, que la humedad que entra en el absorbente no retroceda para que la piel del paciente esté lo más seca posible.

- Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel.
- Reeducar en lo posible los esfínteres.
- En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera.

Curaciones.

¿Qué son?

Procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización.

Curación convencional.

Esta usa materiales de baja absorción y alta capacidad de desecación, representados por gasa y algodón en forma de compresas, apósitos y torundas.

Curaciones avanzadas.

Son curaciones realizadas con una periodicidad de 4 a 6 días, según el tipo de herida, sin dolor y costo efectivos, favorece el cierre rápido y óptimo de toda herida.

Técnicas:

- Explicar al paciente que va a proceder a realizarse la curación.
- Lavarse las manos.
- Ponerse guantes desechables.
- Alojarse y retirar el apósito y colocarlo en el basurero.
- Quitarse los guantes, desecharlos en el basurero y lavarse las manos.
- Colocar la riñonera cerca del paciente; aflojar las tapaderas de los recipientes y sacar los paquetes que va a necesitar.
- Abrir el material y sacarlo en el recipiente estéril o colocarlos en el campo respetando todas las normas de asepsia.
- Limpiar con movimientos suaves la torunda empapada de suero o agua hervida desde la parte de arriba hacia abajo, empezando por el centro si se trata de una herida limpia.
- Limpiar de nuevo la herida, con una torunda empapada con antiséptico.
- Secar el área con una torunda seca, con toques delicados para no dañar más el tejido.
- Colocar los apósitos estériles o gasas, uno cada vez según la extensión de la herida o la humedad que produzca.
- Quitarse los guantes.
- Asegurar los apósitos con esparadráp, sin dejarlos muy largos, doblar un poquito los extremos para facilitar el retiro del esparadráp.
- Dejar cómodo al paciente. Si el procedimiento se hizo en el cuarto de curación, ayudarlo a volver a la cama.
- Desinfectar la superficie del trabajo con solución de cloro al 0.2%. Anotar en el expediente: estado de la herida, sus características, aplicación de sustancias medicamentosas.

Drenajes quirúrgicos.

Son:

Son unos tubos que están conectados a un recipiente cerrado con presión negativa.

¿Qué hacen?

Se consigue extraer la sangre y otros fluidos que, tras la cirugía, se pueden acumular en el paciente. La ventaja más importante del drenaje es la seguridad.

Clasificación:

Según su forma de drenar:

Pasivos: actúan por capilaridad o por gravedad o por diferencia de presiones.

Activos: en este tipo la salida de material se produce mediante un sistema de aspiración.

Según su mecanismo de acción.

Profilácticos: su función es evitar la formación de una colección, permitiendo su drenaje al exterior y de esta forma evitar complicaciones.

Terapéuticos: se utiliza para dar salida a colecciones ya formadas.

Según su colocación:

Quirúrgicos: se colocan en la herida quirúrgica tras una cirugía.

Puntuación transcutánea: su colocación precisa de la realización de una ecografía o tomografía axial computarizada para guiar durante la inserción hacia la colección a drenar.