



Nombre de alumnos: Lizbeth De Coss Ruiz

Nombre del profesor: Mahonrry de Jesus
Ruiz Guillen

Materia: Enfermería en la práctica clínica II

Grado: 6to cuatrimestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a Mayo de 2021.

Prevención de caídas

Que es

La OMS, define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad,

Recomendaciones

La práctica de ejercicio físico diario reduce las probabilidades de sufrir accidentes.

Debe cuidarse y revisarse periódicamente la vista y el oído.

En casa debe tenerse siempre a mano el teléfono para llamar al 112 en caso de emergencia.

Cuando se sale a la calle se debe llevar la documentación y una anotación de a quién debe llamarse en caso de accidente.

Las caídas tienen diferentes repercusiones.

Aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras.

Como prevenir las caídas

Iluminación: cambiar las luces tenues por otras intensas que permitan una correcta visibilidad.

Suelos: cambiar los suelos que puedan ser resbaladizos, eliminando o fijando las alfombras y retirando cualquier objeto que pueda haber en ellos que suponga un obstáculo al caminar.

Escaleras: instalar pasamanos y bandas antideslizantes en los bordes de cada escalón.

Calzado: debe ser cómodo, ajustado y con suela de goma (antideslizante).

Deambulación: mirar bien por donde se camina y hacerlo despacio, comprobando que no hay obstáculos ni irregularidades.

Dormitorio: incorporarse lentamente y permanecer sentado en la cama durante unos instantes antes de levantarse.

Fumar: lo mejor es dejar de fumar.

Alimentos: respetar la fecha de caducidad de los alimentos envasados.

En la calle: utilizar bastón o apoyo si no se siente seguro al caminar.

CONSECUENCIAS DE LAS CAIDAS

FÍSICAS

- fracturas
- heridas / contusiones partes blandas
- hematoma subdural
- otras

PSICOLÓGICAS

- Restricción de la actividad por miedo a caer de nuevo (síndrome post-caída)

ECONÓMICAS

- costes hospitalización
- costes rehabilitación
- costes para los cuidadores
- costes institucionalización

SOCIALES

- institucionalización
- aislamiento social



Si es necesario utilice su andador, bastón o silla de ruedas



Compruebe que la cama esté en posición baja y frenada



Mantenga una iluminación adecuada



Mantenga las zonas de paso libres de obstáculos y evite los suelos mojados



Llame para recibir ayuda cuando tenga necesidad de levantarse



Use calzado cerrado



No se levante rápido, espere unos minutos sentado al borde de la cama

Osakidetza

Departamento de Geriátrica, Hospital de Geriátricos, Servicio Geriátrico, Parc de Salut Mar de Barcelona, IISGM, C. Repetto, C. Tripanza, 01/09/2013

Transfusión de hemoderivados

Que es

La terapia transfusional puede ser una intervención que salva la vida o mejora rápidamente una condición grave, consistente en la administración de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano.

Como prevenir los errores relacionados con la administración.

Antes de la transfusión

Durante la transfusión

Posterior a la transfusión

Intervenciones de enfermería ante reacciones adversas

Aplicar los principios científicos que fundamenten la acción de enfermería, para prevenir y reducir riesgos y errores.
Capacitar al personal encargado de transfundir elementos sanguíneos. Revisar las indicaciones médicas para confirmar la prescripción de la transfusión.

Conocer el historial transfusional del paciente que se va transfundir.

Evitar la transfusión de más de una unidad de sangre.

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.

Verificar la existencia del consentimiento informado del paciente o familiar responsable.

Realizar la identificación y verificación de la calidad del componente sanguíneo conjuntamente con el médico,

Evitar transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas.

Hacer una pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, procedimiento correcto y elemento correcto previo inicio a la administración del elemento sanguíneo.

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.

Tomar y registrar la temperatura previa transfusión, e informar el incremento de $> 1^{\circ}\text{C}$ respecto a la temperatura basal.

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.

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.

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.

Tomar y registrar los signos vitales.

Vigilar la aparición de signos clínicos de reacción transfusional

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.

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).

1. Suspender de forma inmediata la transfusión en caso de presentar alguna manifestación clínica de reacción.

2. Un 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).

En caso de reacción alérgica administrar 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.

Dejar constancia, de la transfusión y posibles reacciones, en la hoja de registros clínicos de enfermería, la cual debe anexarse al expediente clínico.

Prevención y tratamiento de úlceras por presión

Que es

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado.

Factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

Causas

Factores de riesgo

Prevención

Tratamiento

El factor causal más importante es la presión, sin embargo la humedad, el escoriamiento de la piel y el desgarro de los vasos capilares que la nutren contribuyen para aumentar el riesgo. El tiempo de inmovilidad no necesita ser demasiado largo.

Fisiopatológicos:
Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
Déficit nutricional:
Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.
Derivados del tratamiento:
Inmovilidad impuesta por tratamiento.
Situacionales
Falta de higiene. Arrugas en la ropa.
Del entorno:
Falta o mala utilización del material de prevención, entre otros.

El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión.
Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos.
Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel
Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
Evitar el masaje sobre las prominencias óseas.
Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.

El tratamiento de las úlceras por presión implica reducir la presión sobre la piel afectada, cuidar las heridas, controlar el dolor, prevenir la infección y mantener una buena nutrición.

Presión: aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo. Representa el factor de riesgo más importante.
Fricción
Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.
De pinzamiento vascular
Combina los efectos de presión y fricción.

Valoración de la lesión

Cuando se ha desarrollado una UPP es necesario una valoración integral:
a) Localización y número de lesiones.
b) Estadio: tiene en cuenta su aspecto externo:
Estadio I: eritema cutáneo que no palidece.
Estadio II: úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén.

FACTORES DE RIESGO

- EXTRINSECOS**
 - PRESIÓN
 - FRICCIÓN
 - CIZALLAMIENTO
 - HUMEDAD
- INTRINSECOS**
 - EDAD
 - INMOVILIDAD
 - INCONTINENCIA
 - MALNUTRICIÓN
 - OBESIDAD
 - ANEMIA
 - BAJA TA, D Cog,...



CAMBIOS POSTURALES

- ❖ Mantener alineamiento corporal, distribución del peso y equilibrio.
- ❖ Evitar apoyo sobre lesiones.
- ❖ En decubito lateral evitar >30°.
- ❖ Elevar cabecera de cama lo mínimo posible.
- ❖ Evitar contacto directo de prominencias óseas entre sí.
- ❖ Usar aparatos elevación. No apoyar talones.
- ❖ Valorar zonas de riesgo en cada cambio.

Lugares más Frecuentes

Sistema de clasificación de la NPUAP / EPUAP de las UPP

UNIDAD I

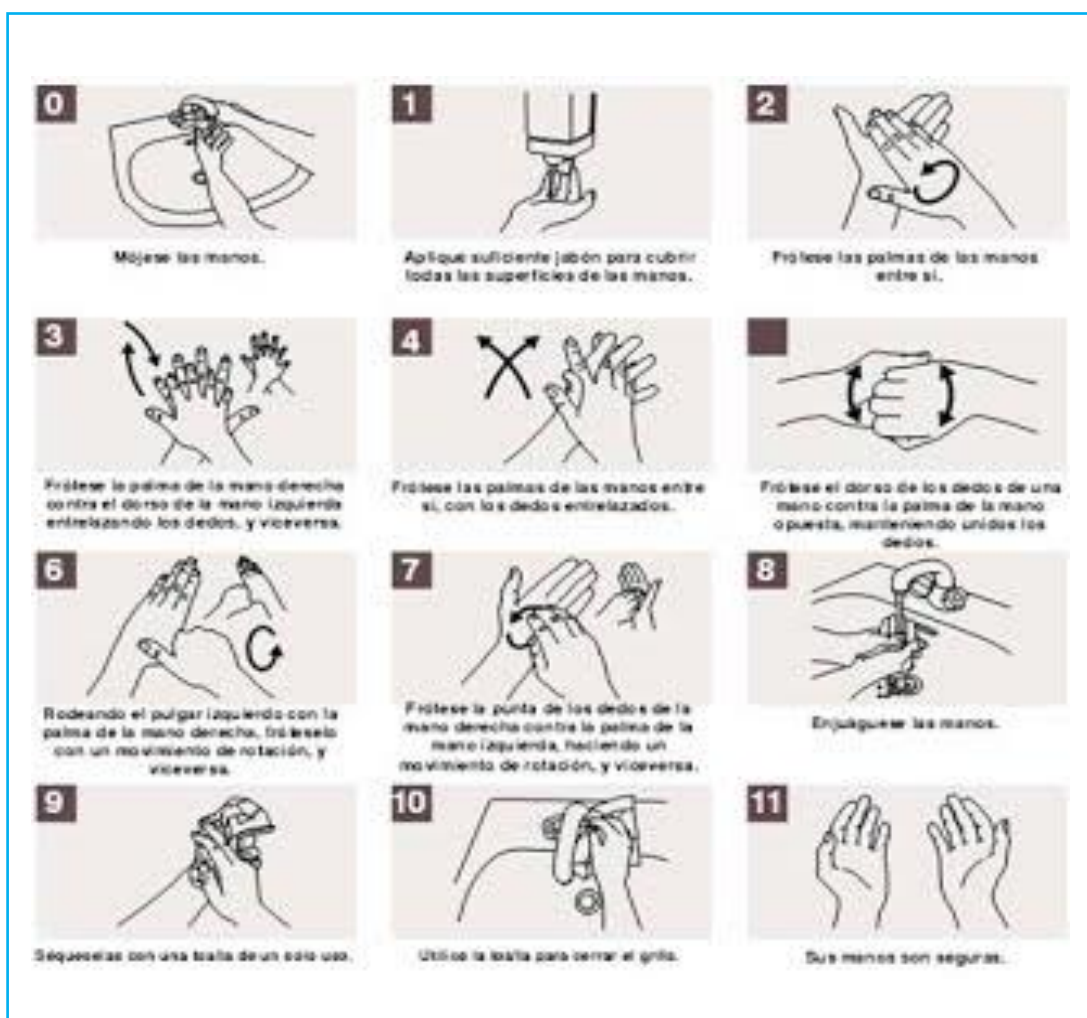
Técnica de lavado de manos básico

Es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, flora residente, flora transitoria y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

Lavado de manos clínico con antiséptico

Es el que se realiza con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano, que tiene rápida acción, no es irritante y está diseñado para su uso en situaciones de brotes de infección hospitalarias, áreas críticas, realización de procedimientos invasivos, y en áreas de pacientes inmunosuprimidos.

Procedimiento



Técnica de lavado de manos quirúrgico

Es el lavado realizado por los integrantes del equipo quirúrgico antes de su ingreso al quirófano, siempre está indicado un jabón antiséptico.

Se debe realizar el lavado de manos quirúrgico para:

1. Eliminar la flora transitoria y disminuir la flora residente la piel.
2. Reducir el peligro de una contaminación microbiana en la herida quirúrgica causada por bacterias de la flora cutánea

Objetivo

Prevenir la contaminación del sitio quirúrgico mediante la remoción y destrucción de microorganismos transitorios y la reducción de la flora residente presentes en las manos del equipo quirúrgico.

Procedimiento

1. Subir las mangas de la ropa sobre los codos, y retirar reloj y todas las joyas
2. Adoptar posición cómoda frente al lavamanos.
3. Mojarse las manos y antebrazos.
4. Aplicar una dosis de antiséptico sobre la palma de las manos.
5. Lavarse las manos y los antebrazos varias veces hasta el codo, friccionándolos durante 3 minutos, entrelazando los dedos para frotarse bien entre ellos y con énfasis en el reborde cubital
6. Enjuáguese con cuidado bajo el agua corriente, con las manos hacia arriba para que el agua escurra hasta el codo.
7. Tome un cepillo limpio y seco, aplique el agente antiséptico sobre el mismo. Cepílese las uñas durante medio minuto, cada mano.
8. Con el cepillo en la mano límpiase las uñas bajo el agua corriente.
9. Nuevamente cepílese las uñas durante medio minuto.
10. Enjuague las manos, de la forma descrita previamente, y deseche el cepillo.
11. Aplique nuevamente antiséptico y lávese las manos y antebrazos, siguiendo la descripción anterior.
12. Enjuáguese las manos y brazos como se indicó previamente.
13. Secar las manos, muñecas y antebrazo (en ese orden), con compresa estéril en pabellón.
14. Tome el extremo opuesto de la compresa y repita el secado en la extremidad contraria.
15. Use antiséptico de acuerdo a norma del servicio.
16. Realice procedimiento en tiempo determinado según agente antiséptico usado. (5 a 10 minutos)

