

UUDS

Mi Universidad

NOMBRE DE ALUMNO: MARÍA ISABEL
SÁNCHEZ MONDRAGÓN

NOMBRE DEL PROFESOR: GABRIEL TOLEDO
ORDOÑEZ

NOMBRE DE LICENCIATURA: ENFERMERÍA

NOMBRE DEL TRABAJO: SÚPER NOTA

HERIDAS: CONCEPTO. ETIOLOGÍA.
CLASIFICACIÓN. CICATRIZACIÓN:

SHOCK: CONCEPTO. ETIOLOGÍA.
CLASIFICACIÓN. CUIDADOS DE
ENFERMERÍA.

MATERIA: ENFERMERÍA CLÍNICA 1

GRADO: CUARTO CUATRIMESTRE
GRUPO: B SEMIESCOLARIZADO

Pichucalco, Chiapas a 20 de noviembre de 2021

INTRODUCCIÓN

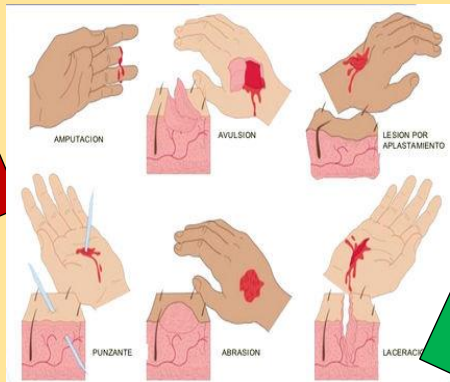
en esta súper nota veremos los tipos de heridas Una herida es una pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico, que cursa con una serie de signos y síntomas, tales como separación de bordes de la piel, dolor, inflamación, hemorragia... etc. y la cicatrización es un proceso biológico con reacciones bioquímicas y mitóticas celulares, con tendencia a la curación y reparación de las úlceras y heridas, ya sea por primera intención o por segunda. La piel es el mayor órgano de nuestro cuerpo y cumple diferentes funciones: Mantener la integridad del cuerpo. Proteger de las agresiones externas. Absorber y excretar líquidos.

De igual manera veremos los tipos shock se utiliza en la práctica clínica para denominar a la insuficiencia circulatoria que ocasionalmente se desarrolla durante la evolución de diferentes patologías y cuya aparición se asocia a una elevada mortalidad. Podríamos definirlo como un estado patológico asociado a determinados procesos, cuyo denominador común es la existencia de hipoperfusión e hipoxia tisular en diferentes órganos y sistemas, que de no corregirse rápidamente produce lesiones celulares irreversible. Tanto los mecanismos fisiopatológicos que conducen a él como las manifestaciones y el tratamiento del mismo difieren en cada caso, dependiendo de la etiología y el tipo de shock, del momento evolutivo, del tratamiento aplicado y de la situación previa del paciente.

heridas

TIPOS DE HERIDAS

❖ Una herida es una lesión consecuencia de una agresión o un traumatismo en la que se produce una **alteración en la integridad de la piel** y en las partes blandas de la misma es la pérdida de la piel y la mucosa producida por algún agente físico o químico.



❖ **Heridas agudas** Son aquellas que se reparan por sí mismas o pueden repararse en un proceso ordenado en la forma y en el tiempo. Las heridas agudas son una parte importante de la actividad asistencial diaria, pero en general precisan pocas curas.



HERIDAS CRÓNICAS
❖ Son aquellas que no curan en un tiempo razonable de tres o cuatro meses. Es difícil estudiarlas puesto que no existe un modelo animal aplicable. Las heridas crónicas en la piel se denominan úlceras crónicas, en las que existe una lesión de la epidermis y al menos parcialmente, de la dermis. En más del noventa por ciento de los casos hablamos de úlceras por presión, úlceras venosas y úlceras en diabéticos.

etiología

- ❖ **Agentes perforantes:** Producen heridas punzantes. Ejemplo: Espinas, clavos, agujas
- ❖ **Agentes cortantes:** Generalmente son de estructura metálica provistos de un borde cortante. Ejemplo: cuchillo, bisturí, vidrio
- ❖ **Agentes perforo-cortante**
- ❖ **Agentes Contundentes:** El agente causante tiene superficie roma (martillo), que produce generalmente un traumatismo de tipo cerrado
- ❖ **Proyectiles de arma de fuego:** Producen heridas cuyas características depende de la cuantía de energía cinética del agente traumático.

SEGÚN ASPECTO DE HERIDA

CONTUSA	CORTANTE	CONTUSO-CORTANTE
PUNZANTE	CORTOPUNZANTE	ABRASION



CLASIFICACIÓN DE HERIDAS

- **Abiertas.** Cuando muestran una abertura en la piel.
- **Contusas.** Son lesiones de los tejidos sin solución de continuidad en la piel
- **Incisas.** Producidas por objetos cortantes.
- **Penetrantes.** Las que entran en una cavidad corporal.
- **Punzantes.** Causadas por instrumentos punzantes.



Figura 1. Pasos para la colocación del apósito del sistema V.A.C.® (reproducido con autorización).

Tipos de curaciones en la herida como se le debe curar.

Tipos de cicatrización

- ❖ **cicatrización primaria** o por primera intención. Es la ideal para cualquier cirujano. Los tejidos cicatrizan por unión primaria, cumpliendo así las siguientes características:
- ❖ **Cicatrización secundaria** o por segunda intención. Cuando la herida no se afronta por falta de una atención, a cabo un proceso.
- ❖ **Cicatrización terciaria** o por tercera intención (cierre primario diferido). Este es un método seguro de reparación en heridas.

CICATRIZACIÓN

❖ La cicatrización es un proceso biológico encaminado a la reparación correcta de las heridas, por medio de reacciones e interacciones celulares, cuya proliferación y diferenciación esta mediada por citoquinas, liberadas al medio extracelular. Las fases de la cicatrización

Fase inflamatoria. Entre el primer y segundo día. Se caracteriza por una respuesta vascular y otro celular, manifestadas por vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y aparición de *leucocitos*, formándose una *costra* que sella la herida

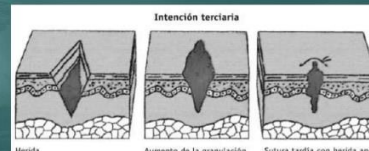
Fase de fibroplasia (o de migración/ proliferación). Entre el tercer y décimo cuarto día. En este período aparecen los fibroblastos (células germinales del tejido fibroso) que van a formar el tejido de granulación

❖ **Fase de maduración.** Se extiende entre el 15º día hasta que se logra la cicatrización completa (6 meses a un año). El principal evento fisiológico es la epitelización y el aumento progresivo de la fuerza tensil de la piel (hasta 70 a 90% de la fuerza original).

CICATRIZACIÓN POR TERCERA INTENCIÓN

También se llama cierre secundario

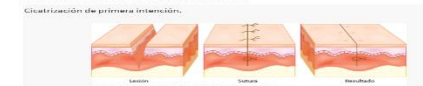
Se trata de una herida que tiene bordes separados por falla de una sutura primaria y que ya limpia y granulada, es suturada por el cirujano, con el fin de acelerar la epitelización y minimizar la deformación secundaria.



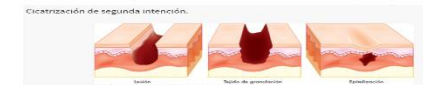
¿Qué es? Es la reparación de una herida con tejido fibroso mediante un proceso biológico complejo resultado de movimiento, división y síntesis proteica celular, lo cual genera un producto final de tejido no funcional denominado cicatriz.

Tipos de cicatrización

Primaria o de primera intención, la cual ocurre en heridas lineales donde no hay o no existe pérdida de tejidos con bordes bien demarcados en las que el cierre directo conduce a una rápida curación.



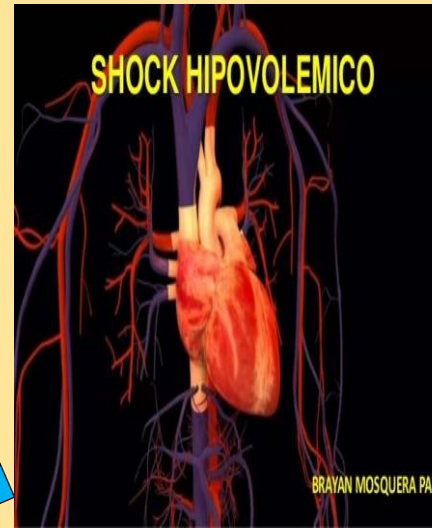
Secundaria o por segunda intención se produce cuando hay pérdida de tejido y los bordes están separados, lo que deriva en una herida abierta cuya brecha se llena de tejido de granulación y, mediante la contracción y la epitelización, se logra el cierre de la herida en un tiempo prolongado.



SHOCK

Tipos de Shock

El shock es un síndrome que se caracteriza por la incapacidad del corazón y/o de la circulación periférica de mantener la perfusión adecuada de órganos vitales. Provoca hipoxia tisular y fallo metabólico celular, bien por bajo flujo sanguíneo, o por una distribución irregular de éste.



Hipovolémico

- ❖ Hemorragia aguda
- ❖ Deshidratación: pérdidas GI, urinarias cutáneas en el quemado.
- ❖ Tener espacio

CARDIOGÉNICO

- ❖ Miocardiopatías: IAM; depresión miocárdica del shock séptico miocarditis.
- ❖ Mecánico de insuficiencia mitral o aortica aguda, rotura cardíaca CIV.
- ❖ Arritmias

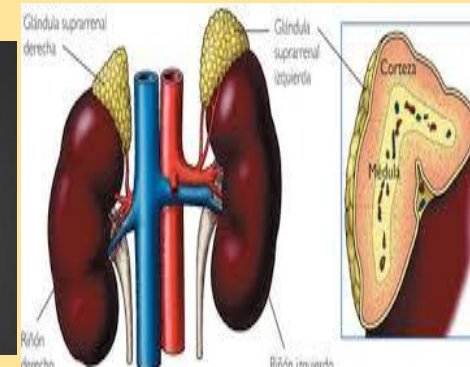
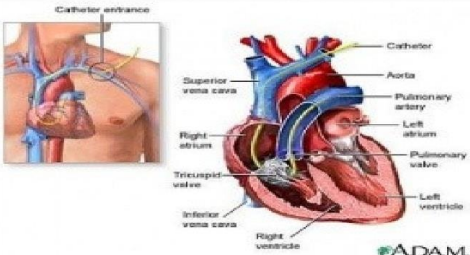
OBSTRUCTIVO EXTRACARDIACO

- ❖ Tromboembolismo pulmonar
- ❖ Neumotórax
- ❖ Taponamiento cardíaco

DISTRIBUTIVO

- ❖ Sepsis
- ❖ Anafilaxia
- ❖ Endocrinológico
- ❖ Insuficiencia suprarrenal, coma mixoedematoso.
- ❖ Tóxicos y sobredosis
- ❖ Neurogenico

SHOCK CARDIOGENICO

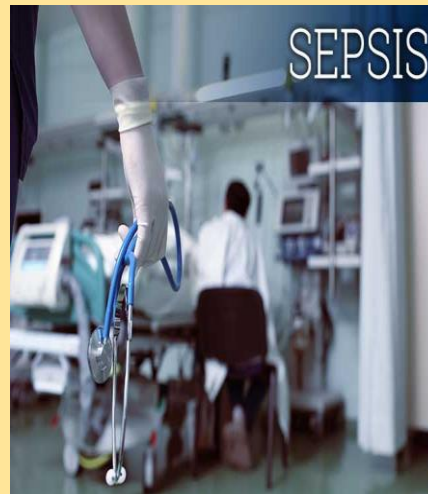
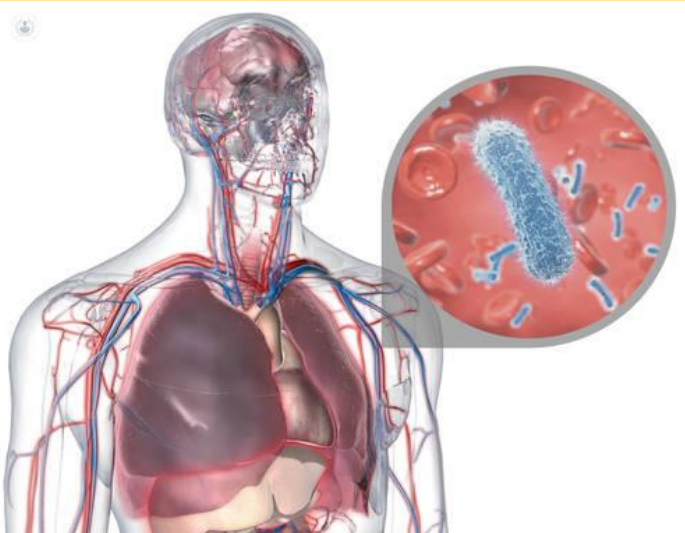


SHOCK SÉPTICO

❖ es una enfermedad que se produce cuando una infección provoca una hipotensión arterial peligrosa. Esta afección puede producirse por cualquier tipo de bacteria. El cuerpo responde de manera inflamatoria a las toxinas, lo que puede provocar daños en los órganos.

SÍNTOMAS

- ❖ Extremidades frías y pálidas.
- ❖ Temperatura corporal anormal, o muy alta o muy baja, el paciente también podrá sentir escalofríos.
- ❖ Ligera sensación de mareo
- ❖ Disminución o ausencia de ganas de orinar.
- ❖ Presión arterial baja, concretamente al permanecer parado.
- ❖ ritmo cardíaco acelerado.
- ❖ Agitación, inquietud, confusión o letargo.
- ❖ Problemas para respirar con normalidad.
- ❖ Cambio de color de la piel o erupción cutánea.



DEFINICIONES

- ❑ **SEPSIS:**
 - ❑ SIRS por infección.
- ❑ **SEPSIS GRAVE:**
 - ❑ Sepsis que cursa con alteración en la perfusión de algún órgano (acidosis láctica, oliguria, alteración mental aguda).
- ❑ **HIPOTENSIÓN INDUCIDA POR SEPSIS:**
 - ❑ Sepsis con PS < 90 mmHg, o que presenta una disminución mayor o igual a 40 mmHg respecto al basal, sin hipovolemia o falla cardíaca.
- ❑ **SHOCK SÉPTICO:**
 - ❑ Hipotensión debida a sepsis, a pesar de una correcta expansión de volumen, con alteración de la perfusión o afectación de algún órgano.

El shock anafiláctico

Los casos han aumentado un 50% en cinco años

¿QUÉ ES?

Es una reacción alérgica grave de instauración rápida y que puede llegar a ser mortal

Se manifiesta en forma de habones rojizos, bajada de la presión arterial, falta de aire, mareos, etc



¿QUÉ LA CAUSA?

Alimentos, fármacos y picaduras de insectos como abejas y avispas

Según la edad, los alimentos implicados son:

NIÑOS



Huevos, leche, frutos secos, pescado y marisco

ADULTOS

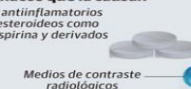
Frutas, frutos secos, marisco y pescado



Fármacos que la causan

Los antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina y derivados

Antibióticos



Causas más frecuentes en España

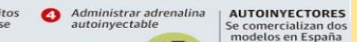


¿CÓMO REACCIONAR ANTE UNA ANAFILAXIA?

- 1 Solicitar ayuda médica en el 112
- 2 Colocar a la persona tumbada con las piernas elevadas para así aumentar el flujo sanguíneo



- 3 En caso de vómitos o ahogo, sentarse
- 4 Administrar adrenalina autoinyectable



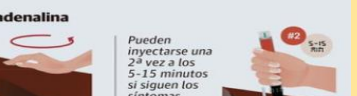
AUTOINYECTORES

Se comercializan dos modelos en España

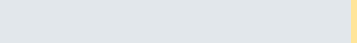


Administrar la adrenalina

Masajear la zona de inyección durante 10 segundos



Pueden inyectarse una 2ª vez a los 5-15 minutos si siguen los síntomas



CONCLUSIÓN

La correcta identificación y corrección de los factores de riesgo del paciente, es determinante previo a la valoración de la herida, sobre todo en aquellas que tienden a la cronicidad (úlceras vasculares o en pies diabéticos). La mejor conducta estará determinada por la adecuada evaluación de la herida, el conocimiento de los apósitos disponibles y de la evidencia disponible, que actualmente alcanza el nivel B para poder establecer recomendaciones. El conocimiento de la fisiopatología de las heridas y su cicatrización, siguen siendo esenciales al carecer de estudios que logren minimizar los sesgos debido a la naturaleza de los apósitos. En un futuro, más estudios siguen siendo necesarios para poder establecer guías de manejo clínico

El shock es un síndrome multifactorial, que requiere un enfrentamiento sistematizado para su identificación, clasificación y tratamiento adecuado. Basado en su fisiopatología se pueden reconocer cuatro grandes tipos de shock: Hipovolémico, distributivo, obstructivo y cardiogénico. El shock séptico es la causa más frecuente de shock, y tiene componentes tanto hipovolémico como distributivo y cardiogénico. En el servicio de urgencia el diagnóstico de shock se basa en la clínica, primariamente, y en los hallazgos de laboratorio que indiquen hipoperfusión, de forma secundaria. En la evaluación de urgencia destaca el llenado capilar, la diferencia de temperatura central/periférica, la medición de lactato y el estado de conciencia. La hipotensión arterial es un fenómeno asociado a la pérdida o agotamiento de la respuesta autonómica simpática normal. Por tanto, no se debe esperar a que esta ocurra para hacer el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT. Wound Repair Regen. Nature. 2008;453(7193):314–321.

Del Rosso JQ. Wound care in the dermatology office: where are we in 2011?. J Am Acad Dermatol. 2011;64(3 Suppl):S1–7

Brem, H., Kirsner, R.S., Falanga, V. Protocol for the successful treatment of venous ulcers. Am J. Surg. 2004; 188 (1 SUPPL. 1), 1S-8S.

Greener B, Hughes AA, Bannister NP, Douglass J. Proteases and pH in chronic wounds. J Wound Care. 2005;14(2):59–61.

Libro: enfermería básica y clínica, Sandra f. Smith, el manual moderno, 2007.

Libro: enfermería clínica técnicas y procedimientos, Perry, Anne, mc Graw Hill, 2003

. Libro: enfermería clínica y farmacología, Eloise Worey, el manual moderno, 1999.

Norma Dison, técnicas de enfermería clínica, Mcgraw hill / Intera (medicina), 2000.

julia (coord.) Esteve Reig, enfermería técnicas clínicas 2, Mcgraw hill / Intera (medicina)

BIBLIOGRAFÍA

Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT. Wound Repair Regen. Nature. 2008;453(7193):314–321.

Del Rosso JQ. Wound care in the dermatology office: where are we in 2011?. J Am Acad Dermatol. 2011;64(3 Suppl):S1–7

Brem, H., Kirsner, R.S., Falanga, V. Protocol for the successful treatment of venous ulcers. Am J. Surg. 2004; 188 (1 SUPPL. 1), 1S-8S.

Greener B, Hughes AA, Bannister NP, Douglass J. Proteases and pH in chronic wounds. J Wound Care. 2005;14(2):59–61.

Libro: enfermería básica y clínica, Sandra f. Smith, el manual moderno, 2007.

Libro: enfermería clínica técnicas y procedimientos, Perry, Anne, mc Graw Hill, 2003

. Libro: enfermería clínica y farmacología, Eloise Worey, el manual moderno, 1999.

Norma Dison, técnicas de enfermería clínica, Mcgraw hill / Intera (medicina), 2000.

julia (coord.) Esteve Reig, enfermería técnicas clínicas 2, Mcgraw hill / Intera (medicina)

Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT. Wound Repair Regen. Nature. 2008;453(7193):314–321.

Del Rosso JQ. Wound care in the dermatology office: where are we in 2011?. J Am Acad Dermatol. 2011;64(3 Suppl):S1–7

Brem, H., Kirsner, R.S., Falanga, V. Protocol for the successful treatment of venous ulcers. Am J. Surg. 2004; 188 (1 SUPPL. 1), 1S-8S.

Greener B, Hughes AA, Bannister NP, Douglass J. Proteases and pH in chronic wounds. J Wound Care. 2005;14(2):59–61.

Libro: enfermería básica y clínica, Sandra f. Smith, el manual moderno, 2007.

Libro: enfermería clínica técnicas y procedimientos, Perry, Anne, mc Graw Hill, 2003

. Libro: enfermería clínica y farmacología, Eloise Worey, el manual moderno, 1999.

Norma Dison, técnicas de enfermería clínica, Mcgraw hill / Intera (medicina), 2000.

julia (coord.) Esteve Reig, enfermería técnicas clínicas 2, Mcgraw hill / Intera (medicina),

Isabel del Puerto Fernández, 1500 test de enfermería clínica, Olalla ediciones, s.l., 2000.