



Resumen.

Nombre del Alumno: Espinoza Morales Fernanda Judith.

Nombre del tema: U.P.P y riesgo de caídas.

Parcial: Primero.

Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería I.

Nombre del profesor: López Silba María del Carmen.

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería.

Cuatrimestre: Sexto.

13 de Mayo de 2022.

Practica Clínica de enf. I.



Técnica de lavado de manos.



El lavado de manos es muy importante, ya que es un procedimiento en el que el personal de enfermería lo realiza para realizar intervenciones pero también la población debería realizarlo ya que así pueden evitar alguna enfermedad e infección. El objetivo general del lavado de manos es para eliminar los microorganismos patógenos de la piel, contribuyendo a la prevención de infecciones nosocomiales.

NOM-022-SSA3-2012.



Instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión intravenosa y tiene el propósito de establecer las condiciones necesarias y suficientes para favorecer una práctica clínica homogénea que ayude a lograr una atención segura y libre de riesgos, es por ello que, al realizar algún procedimiento se tiene en cuenta los 5 momentos, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después de exposición a líquidos corporales, después de tocar un paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

NOM-045-SSA2-2005.



Establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológico de infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población. Uno de los objetivos es el minimizar la transmisión de infecciones entre pacientes y personal. Debe tomarse en cuenta que el paciente tiene las defensas bajas y puede transmitirse una enfermedad por la mala higiene.

~~NO~~ 253-SSA1-2012.



Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Esta norma debe contribuir la confianza general en cuanto a la donación de sangre y componentes sanguíneos y a su aplicación, dando así protección a la salud de los donantes y el receptor, consiguiendo la autosuficiencia reforzando la cadena transfusional, de una manera suficiente logrando una mejor atención, adoptando medidas necesarias para alcanzar los objetivos deseados.

Cuidados de enfermería



- Identificar al paciente (nombre, registro).
- Identificar componente a transfundir (nombre del paciente, grupo sanguíneo).
- No calentar.
- Usar un filtro estándar.
- Medición y registro de signos vitales antes, durante y después.
- No combinar con medicamentos, soluciones, etc.

Tipos de hemoderivados.

- Glóbulos rojos.
- Glóbulos blancos.
- Plaquetas.
- Plasma fresco congelado.
- Crioprecipitado.
- Inmunoglobulinas.

Requisitos del donador.

- Buena salud (sin enfermedades).
- No haber tomado algún medicamento o alcohol.
- Pesar menos de 110 libras.
- Beber agua suficiente.
- Pasar evaluaciones físicas.

Úlceras Por Presión (UPP)

Las úlceras por presión son lesiones en la piel y el tejido inferior que resultan de una presión prolongada sobre la piel. Conocidas también por escara o úlcera por decúbito.

Clasificación

- **Etapa I:** Eritema cutáneo; no presenta pérdida de la continuidad de la piel.
- **Etapa II:** Pérdida de la epidermis, dermis o incluso ambas.
- **Etapa III:** Pérdida completa de la epidermis, dermis y daño del tejido subcutáneo que puede llegar hasta la fascia.
- **Etapa IV:** Pérdida completa del espesor de la piel con destrucción, necrosis y daño muscular tendinoso u óseo.

Factores de riesgo

Internos

- Prominencias óseas.
- Hidratación.
- Edad.
- Alteración en la nutrición.

Externos

- Humedad.
- presión.
- Inmovilización física.
- Fricción.



Causas

- **Cizallamiento:** Fuerza ejercida contra la superficie y las capas de la piel, los tejidos se desplazan en planos opuestos, provocando una fricción que origina lesiones en la dermis.
- **Presión:** La presión y el tiempo pueden producir una isquemia.
- **Fricción:** puede producir una lesión por medio de rasos por rozamiento o arrastre en puntos encajados.

Escores:

- **Norton:** Mide el riesgo de desarrollar UPP. La puntuación que se puede obtener 5-9 (riesgo alto), 10-12 (riesgo alto), 13-14 (riesgo medio), mayor de 14 (riesgo mínimo).
- **Braden:** Evalúa el riesgo de desarrollar UPP en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y rotación del paciente.

Tratamientos:



- Desbridamiento del tejido necrótico.
- Limpieza de la herida.
- Descripción del estado de las lesiones.
- Elección de un producto que mantenga la úlcera húmeda y la temperatura corporal.
- Prevención y abordaje de la infección bacteriana.

Cuidados de enfermería:



- Revisar la piel al menos una vez al día.
- Fijarse bien en zonas típicas de presión: talones, glúteos, espalda, codos.
- Mantenga la piel limpia y seca.
- No utilizar alcohol sobre la piel.
- A pacientes encamados, moverlos de posición cada 1-2 horas.
- En pacientes sentados movilizar cada 12-30 minutos.
- Evitar el arrastre / fricción.
- Usar dispositivos que disminuyan la presión: colchones anti-escaras, cojines, etc.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencia	
4	3	4	3	4	3	4	3	4	3
4	3	4	3	4	3	4	3	4	3
3	2	2	1	2	1	2	1	2	1
2	1	1	0	1	0	1	0	1	0

Estado físico

4	3	2	1
4 4 comidas/día 4 raciones de proteínas Peso: 200 kg Sema: más de 10 mm Saba: 1000-2000 ml T°: 36-37°C Micro: normal SAC: 20-25 MP y DAI	3 3 comidas/día 3 raciones de proteínas Peso: 1500 kg Sema: más de 10 mm Saba: 1000-1500 ml T°: 37-37,5°C Reflexo: agitar semo SAC: 20-25	2 2 comidas/día 2 raciones de proteínas Peso: 1000 kg Sema: 5 del mes Saba: 500-1000 ml T°: 37,5-38°C Pul: arco, raras SAC: 20	1 1 comida/día 1 ración de proteínas Peso: 1000 kg Sema: 1/2 del mes Saba: 500 ml T°: 38,5 a 39 Edemas generalizados, piel magra SAC: 10

Estado mental

Valorar del nivel de conciencia y relación con el medio

4	3	2	1
4 "Diga su nombre, día, lugar y hora"	3 Puede, torpe, oboletos sencillos "Deme la mano"	2 Muy desorientado, agnosia o amnesia "Pulsar la piel, en busca de respuesta"	1 "Valora el reflejo corneal, pupilar"

Actividad

Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad

4	3	2	1
4 Independiente Capaz de caminar solo, aunque se cree el aparato de la parte de apoyo (bastón, silla, etc.)	3 Capaz de caminar con ayuda de una persona o aparatos con más de un punto de apoyo (bastón, silla, etc.)	2 No puede caminar si permanece en pie, pero puede moverse en silla o sillon	1 Dependiente total

Movilidad

Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales

4	3	2	1
4 Completamente autónoma	3 Inicia movimientos voluntarios, pero requiere ayuda para completar o mantenerlos	2 Inicia modificaciones con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar los movimientos	1 Necesita de cambios de postura por sí mismo

Incontinencia

Pérdida involuntaria de orina y/o heces

4	3	2	1
4 Control voluntario de esfínteres, igual purificación si es portador de sonda vesical o rectal	3 Pérdida involuntaria de orina y heces, una o más veces al día	2 Pérdida permanente del control de uno de los dos esfínteres, igual purificación si es portador de colector perineal	1 No control de ninguno de los dos esfínteres

Puntuación	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
5	0	2,5	Alto riesgo 5-11 puntos
6	0	7	
7	0,5	7	
8	11,4	3,5	
9	8,8	12,3	
10	7	3,5	Riesgo intermedio 12-14 puntos
11	6,1	3,5	
12	23,7	10,5	
13	12,3	10,5	Riesgo bajo 15-17 puntos
14	14	10,5	
15	3,5	12,3	
16	4,4	14	
17	2,8	4,3	
Total (N = 114)	100%	100%	

Escala de Braden Riesgo UPP

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN

PERCEPCIÓN SENSORIAL	1 Completamente limitada	2 Muy limitada	3 Ligeramente limitada	4 Sin limitación
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1 Constantemente húmeda	2 A menudo húmeda	3 Ocasionalmente húmeda	4 Raramente húmeda
ACTIVIDAD	1 Encamado	2 En silla	3 Deambula ocasionalmente	4 Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	1 Completamente inmóvil	2 Muy limitada	3 Ligeramente limitada	4 Sin limitación
NUTRICIÓN	1 Muy pobre	2 Probablemente inadecuada	3 Adecuada	4 Excelentes
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1 Problemas	2 Problemas potenciales	3 No existe problema aparente	

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN

Nivel	Puntos	Código
Riesgo alto	4 de 12	Rojos
Riesgo medio	5-11	Amarillos
Riesgo bajo	12-15 si es < de 75 años o 15-18 si es ≥ a 75 años	Verdes

ESCALA EMINA:

E - Estado mental M - Movilidad I - Incontinencia - Humedad
N - Nutrición A - Actividad

	Estado mental	Movilidad	Humedad I/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	ORIENTADO	COMPLETA	NO	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO O APÁTICO O PASIVO	LIGERAMENTE LIMITADA	URINARIA Y FECAL OCASIONALMENTE	OCASIONALMENTE INCOMPLETA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETÁRGICO O HIPERCÍNÉTICO	LIMITACIÓN IMPORTANTE	URINARIA Y FECAL HABITUAL	INCOMPLETA	SIEMPRE NECESITA AYUDA
3	COMATOSO	INMÓVIL	URINARIA Y FECAL	NO INGESTA	NO DEAMBULA

Puntuación total:

Sin riesgo - 0 puntos.

Medio riesgo - 4 a 7 puntos.

Bajo riesgo - 8 a 15 puntos.

Alto riesgo - 16 a 18 puntos.

Riesgo De Caídas.



Se define como caída a la consecuencia de cualquier suceso que arroje al individuo al suelo en contra de su voluntad. El porcentaje de caídas en un centro hospitalario es una medida utilizada como indicador de la calidad de las cuidadas. La población con mayor riesgo de sufrir caídas son los niños menores de 7 años y la que cuenta con una mayor incidencia y gravedad es la de pacientes mayores de 65 años, mayormente ingresados en centros de cuidadas prolongadas.

Cualquier paciente hospitalizado es vulnerable a sufrir una caída, por diferentes causas, ya sean personales o ambientales. Aunque todos los pacientes tienen riesgo de sufrir caídas, se han vinculado algunas características como la edad, el estado cognitivo, historial de caídas, fármacos, movilidad reducida y necesidades especiales de higiene.



Factores de riesgo

- **Factores extrínsecos:** caída accidental producida cuando el paciente mantiene el estado de alerta y no presenta ninguna alteración para caminar, ocasionándose por un resbalón, tripezañete.
- **Factores intrínsecos:** No accidental. Aquí existen dos tipos: caídas por pérdida súbita de conciencia del paciente activo y caídas que ocurren en pacientes con alteración de la conciencia, bien por su estado clínico, efectos de la medicación o por dificultad para la deambulación.



Actividades de enfermería (riesgo).

- Llevar a cabo la valoración de riesgos mediante documentos
- técnicas normativas como el protocolo de valoración de riesgo de caídas generado por la Secretaría de Salud.
- Buscar antecedentes personales relacionados con caídas previas.
- Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.
- Identificar el funcionamiento del equipo y mobiliario.
- Detectar las áreas físicas de mayor riesgo.

Actividades de enfermería (prevención).

- Identificar déficit cognoscitivo o físico de pacientes que pueden aumentar posibilidades de caídas.
- Utilizar barandales laterales de longitud y altura requerida.
- Colocar el cable de llamada al alcance de la mano.
- Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la broncoaspiración y erosiones en la piel.
- Valorar frecuentemente el color, temperatura y sensibilidad de las extremidades sujetadas.
- Bloquear o desbloquear las ruedas de las sillas y otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- Identificar las características del ambiente que pueden aumentar la posibilidad de caídas (pisos resbaladizos, iluminación etc).
- Instruir al paciente y a familiares para que solicite ayuda en caso necesario.



• DOWNTON •

Escala de valoración del riesgo de caída

© 2021 entremiles.com

CAÍDAS PREVIAS

SI	NO
1	0



MEDICAMENTOS

- 0 NINGUNO
- 1 TRANQUILIZANTES/SEDANTES
- 1 DIURÉTICOS
- 1 HIPOTENSORES y/o DIURÉTICOS
- 1 ANTIPARKINSONIANOS
- 1 ANTIDEPRESIVOS
- 0 OTROS MEDICAMENTOS

DÉFICITS SENSORIALES

- 0 NINGUNO
- 1 ALTERACIONES VISUALES
- 1 ALTERACIONES AUDITIVAS
- 1 EXTREMIDADES (ACTUAL AMPUTACIÓN)

ESTADO MENTAL

- 0 ORIENTADO
- 1 CONFUSO

DEAMBULACIÓN

- 0 NORMAL
- 0 SEGURA / CON AYUDA
- 1 INSEGURA / CON-SIN AYUDA
- 0 IMPOSIBLE

≥3



RIESGO DE CAÍDAS