



Ensayo

NOMBRE DE LA ALUMNA: **Yusari raymundo morales**

NOMBRE DE LA MATERIA: **enfermería clínica I**

NOMBRE DEL PROFESOR: **Rubén Eduardo Domínguez García**

NOMBRE DEL TEMA: **Plan de cuidados de enfermería para conservar la integridad de la piel y vendaje**

UNIDAD: **3 Y 4**

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: **Enfermería**

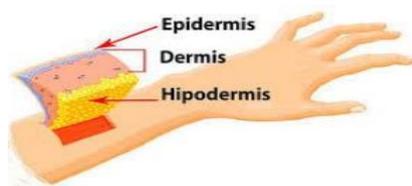
Unidad III - Plan de cuidados de enfermería para conservar la integridad de la piel

3.1.1 Concepto de integridad de la piel

La piel es un órgano indispensable para la vida de los seres humanos y los animales. Tiene una estructura compleja estratificada y ejerce múltiples funciones que aseguran el mantenimiento de la integridad y la homeostasis del organismo.

Es el mayor de todos los órganos del cuerpo, su superficie ocupa de 1,5 a 2 m², su espesor varía en función de su localización y de la edad entre los 0,5-4 mm y su peso representa aproximadamente 3-5 kg del peso medio total de un adulto.

Histológicamente, la piel humana es un órgano heterogéneo que incluye todos los tejidos cutáneos, excepto el cartílago y el hueso. Está constituida por tres capas superpuestas, que vistas desde la capa más superficial a la más profunda son: la epidermis (de origen embrionario ectodérmico) la dermis y la hipodermis o tejido adiposo subcutáneo (ambas de origen embrionario mesodérmico)



3.1.2. Factores que afectan la integridad de la piel

Se considera población de riesgo de padecer deterioro de la integridad cutánea: a personas con edades extremas, personas en unidades de cuidados intensivos, personas en residencias de cuidados paliativos, personas que reciben cuidados domiciliarios.

Por otro lado, también se incorporan ciertas condiciones asociadas a la actividad asistencial y al trabajo en equipo, que hay que tener en cuenta para diagnosticar un Deterioro de la Integridad Cutánea, estas son: pigmentación alterada, anemia, enfermedad cardiovascular, disminución del nivel de conciencia, disminución de la oxigenación tisular, disminución de la perfusión tisular, diabetes mellitus, cambios hormonales, inmovilización, inmunodeficiencia, deterioro del metabolismo, infecciones, dispositivos médicos, neoplasias, neoplasias, neuropatía periférica

3.2. Heridas

La piel representa por su peso el órgano más grande en el cuerpo humano, ya que constituye el 15 a 20% de la masa corporal total.

La piel consta de 2 estratos principales que se separan mediante la membrana basal: la epidermis y la dermis

La epidermis: Epitelio estratificado plano, ubicado superior a la membrana basal. Esta capa se renueva constantemente gracias al balance entre la proliferación de las células basales y la diferenciación de las células

la dermis: Ubicada inferior a la membrana basal. Se compone de 2 capas: o Dermis papilar: Contiene una alta densidad de fibroblastos, además de una densa y delgada malla de fibras de colágeno dispuestas al azar. Ubicada debajo de la membrana basal. o Dermis reticular: . Las fibras de colágeno forman las líneas regulares de tensión de la piel, denominadas líneas de Langer, cuando las incisiones cutáneas son paralelas estas líneas dejan cicatrices menos prominentes.

Las heridas se definen como una lesión, intencional o accidental, que puede producir pérdida de la continuidad de la piel o mucosas. Pueden ser causadas por accidentes, por complicaciones de enfermedades de un propósito.

Una herida es cualquier daño en la piel que puede interrumpir su continuidad y causar la pérdida temporal de su función como barrera protectora. Por lo general, se le llama herida cuando la piel se rompe y expone sus estructuras más profundas.

3.2.1. CONCEPTO DE HERIDA SEGÚN LA OMS

Es la pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico. Producida una herida, acontece un conjunto de procesos biológicos que utiliza el organismo para recuperar su integridad y arquitectura, que se conocen como proceso de cicatrización.

Es toda lesión de la piel o mucosa accidental o intencional, que provoque un cambio en la coloración y cara características de los tejidos, aunque no haya pérdida de la continuidad de ellos.

3.2.2. CLASIFICACIÓN

Las heridas son causadas por agentes externos que genera una solución de continuidad de las estructuras anatómicas

La clasificación según naturaleza causal de la lesión según la naturaleza de la lesión hay diversos tipos de heridas, sin embargo, las heridas de tipo superficial se clasifican en:

- **Incisión:** generalmente con una baja disrupción del aporte sanguíneo. Sanan rápidamente, en general por primera intención en caso de ser suturada.

- **Cizallamiento o desaceleración:** causadas por objetos capaces de superar la fuerza de cohesiones del tejido. La lesión tendrá bordes dentados e irregulares

- **Contusión:** La fuerza de aplastamiento genera muerte celular inmediata y daño del suministro de sangre subyacente al tejido

- **Quemaduras:** causada por el contacto de la piel con una fuente de calor, las quemaduras tiene su propia clasificación basada por la profundidad. Evalúa mediante la apariencia, palidez a la presión, dolor y sensación del paciente

- **Ulceración:** Causada por alteración en el revestimiento epitelial. Su patogénesis se basa en una alteración gradual de los tejidos por una etiología/patología interna

- **Mordeduras:** Causadas por humanos o animales. Requieren cuidados específicos y se consideran altamente contaminadas

.Clasificación según contaminación: En los pacientes que desarrollan una infección de herida quirúrgica pueden tener necesidad de curaciones, antibióticos, lo cual implica un posible alargamiento de la estadía postoperatoria o tratamientos crónicos

.Clasificación según profundidad: De acuerdo al grado de penetración de una solución de continuidad, implicando en su recorrido estructuras desde la epidermis hasta el compartimiento muscular.

3.3. CICATRIZACION

La cicatrización, según la RAE, se define como completar la curación de las llagas o heridas, hasta que queden bien cerradas. Es un proceso complejo, altamente regulado, y que es crítico en la mantención de la función de los distintos tejidos.

La cicatrización es un proceso que se compone de una cascada coordinada de eventos celulares, moleculares y bioquímicos. Producida una herida, acontece un conjunto de procesos biológicos que utiliza el organismo para recuperar su integridad y arquitectura, que se conocen como proceso de cicatrización y que involucra 3 fases:

1. 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

2. 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.

3. 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).

3.3.1. TIPOS DE CICATRIZACIÓN

.primera intención: Es característico de heridas quirúrgicas, donde los bordes son netos y limpios. Su objetivo es disminuir el área de apertura de los bordes con el fin de facilitar la epitelización.

. Segunda intención: Conocido también como cierre por granulación ; es un método empleado cuando la extensión de la herida o sus bordes son muy amplios o existe alto riesgo de infección

. Tercera intención: corresponde a una combinación de los dos tipos anteriores, también conocidos como sierras primarios diferidos, es utilizados cuando en una primera instancia

3.4. INFLAMACIÓN

La inflamación es un proceso tisular constituido por una serie de fenómenos moleculares, celulares y vasculares de finalidad defensiva frente a agresiones físicas, químicas o biológicas.

Clásicamente la inflamación se ha considerado integrada por los cuatro signos de Celso: Calor, Rubor, Tumor y Dolor, aunque se le agrega más tarde a otro síntoma que es la pérdida de la función, la actuación de determinados mediadores sobre las terminaciones nerviosas del dolor.

3.4.1. FASES DE LA INFLAMACIÓN

1. Liberación de mediadores. Son moléculas, la mayor parte de ellas, de estructura elemental que son liberadas o sintetizadas por el mastocito bajo la actuación de determinados estímulos

. 2. Efecto de los mediadores. Una vez liberadas, estas moléculas producen alteraciones vasculares y efectos quimiotácticos que favorecen la llegada de moléculas y células inmunes al foco inflamatorio.

3. Llegada de moléculas y células inmunes al foco inflamatorio. Proceden en su mayor parte de la sangre, pero también de las zonas circundantes al foco.

4. Regulación del proceso inflamatorio. Como la mayor parte de las respuestas inmunes, el fenómeno inflamatorio también integra una serie de mecanismos

5. Reparación. Fase constituida por fenómenos que van a determinar la reparación total o parcial de los tejidos dañados por el agente agresor o por la propia respuesta inflamatoria. Se caracteriza por dos o más de los siguientes signos:

- Temperatura > 38 °C o 90 lat/min.
- Frecuencia respiratoria > 20 resp/min.

La definición actual de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) lo valora como una forma maligna de inflamación intravascular o, lo que es lo mismo, como una respuesta rápida y ampliada, controlada humoral y celularmente (complemento, citocinas, coagulación, mediadores lipídicos, moléculas de adhesión, óxido nítrico) y desencadenada por la activación conjunta de fagocitos, macrófagos y células endoteliales.

3.4.2. MEDIADORES QUÍMICOS DE LA INFLAMACIÓN

- . Histamina: está ampliamente distribuida en los mastocitos, tejidos conjuntivos adyacentes a la pared de los vasos, basófilos y plaquetas
- .serotonina: se encuentra en las plaquetas, y células enterocromafines.

3.5. ULCERAS POR PRESIÓN

ULCERA POR PRESIÓN (UPP) la ulcera por presión (UPP) es una lesión por 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 principales complicaciones de las situaciones de la inmovilidad y su manejo adecuado constituyen un indicador de calidad asistencial

3.5.1. FISIOPATOLOGÍA

La presión capilar máxima se cifra en torno a los mm hg, y la presión tisular media entre los 16-33mm hg. En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo

.los principales factores que contribuyen al desarrollo de la UPP son:

- Presión Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel
- Fricción Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre
- De pinzamiento vascular Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.

3.5.2. FACTORES DE RIESGO

1. fisiopatológicos: o lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas. O trastorno del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares. o Déficit nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
2. derivados del tratamiento: o inmovilidad impuesta por tratamiento o tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.
3. situacionales o falta de higiene. O arugas en la ropa. O objetos de roce.
4. del entorno: o falta mala utilización del material de prevención.

3.5.3. VALORACIÓN CLÍNICA

.valoración del paciente: las úlceras por presión no cicatrizan a menos que la causa de fondo sean tratada eficazmente. El grado de dolor y los aspectos psicosociales que pueden haber situado a la persona de riesgo de desarrollar upp.

La escala de Braden tiene una sensibilidad del 83-100% y una especificidad del 64-77%; la escala de Norton tiene una sensibilidad del 73-92% y una especificidad del 61-94%. Otras escalas son: Waterlow, Arnell y las derivadas de Norton (la escala de Gosnell, de Ek, de Nova-4, de Emina y la de Norton modificada.

.valoración de la lesión cuando se ha desarrollado una UPP es necesario una valoración integral y llevar a cabo un enfoque.

A. Localización y número de lesiones: Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.

B. Estadio: tiene en cuenta su aspecto externo.

3.5.4. PREVENCIÓN

El objetivo inicial de la lucha contra la UPP es evitar su aparición.

- Cuidados de la piel El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión. Se debe realizar: o Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos.
- Cargas mecánicas La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con los problemas médicos
- Superficies de apoyo A los pacientes con riesgo de desarrollar UPP debe colocársele un dispositivo de apoyo que disminuya la presión. Los dispositivos estáticos son menos costosos y se consideran apropiados para la prevención de las UPP.

3.5.5. TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION

- Estadio 1: Limpieza de la lesión. Ácidos grasos hiperoxigenados Mepentol. Evitar la presión.
- Estadio II: Si flictena perforar con seda.

Cortante o quirúrgico: requiere técnica estéril. Deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión. Químico o enzimático: en pacientes que no toleren el anterior.

Agentes proteolíticos y/o fibrinolíticos como la colagenasa, que favorece el desbridamiento y coagulación

UNIDAD IV

4.- VENDAJES

Según la OMS los vendajes son los refuerzos o contenciones realizados con un material indicado para ello, con el fin de envolver una extremidad u otras parte del cuerpo.

Procedimiento o técnica consistente en envolver una parte del cuerpo cubriendo lesiones cutáneas e inmovilizando lesiones osteoarticulares con el objetivo de aliviar el dolor y proporcionar el reposo necesario para favorecer la cicatrización de los tejidos.

4.1. INDICACIONES DE LOS VENDAJES

- Fijar apósitos y medicamentos tópicos.
- Limitar el movimiento de la parte afectada, minimizando el dolor.
- Fijar férulas, impidiendo que se desplacen.
- Comprimir adecuadamente una zona corporal para controlar la inflamación y el edema.
- Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Fijar en su sitio los aparatos de tracción.
- Favorecer el retorno venoso.
- Moldear zonas del cuerpo (muñones de amputación).
- Proteger la piel como prevención de lesiones.
- Contener una hemorragia.

4.2. TIPOS DE VENDAJES

.vendaje contentivo o blando: usado para contener el material de una cura o un apósito, proteger la piel de erosiones y sostener otra inmovilización. Las complicaciones más frecuentes son la infección y la maceración de las heridas para utilizar vendaje no transpirable, esto se puede evitar con una periodicidad adecuada en las curas.

.**vendaje compresivo**: es un vendaje blando que se utiliza para obtener un gradiente de presión se usa para: ejercer una compresión progresiva a nivel de una extremidad: limitar el movimiento de alguna articulación

.**vendaje suspensorio**: sostiene escroto o mamas

.**vendaje funcional**: realiza una inmovilización selectiva de la articulación afectada, permitiendo cierto grado de movilidad en aquellas estructuras musculotendinosas no lesionadas. El vendaje funcional requiere de la adquisición de conocimientos sobre anatomía.

4.3. TIPOS DE VENDAS

- .venda de gasa orillada:** es un tipo de venda de algodón, porosa y que se suele utilizar para la realización de vendajes.
- .venda algodónada:** venda de algodón prensado que se emplea para almohadillar vendajes comprensivos o de yeso.
- .venda elástica:** son venda de algodón y tejido elástico que se usan aquellos vendajes en los que se requiere aplicar cierto grado de presión
- .venda elástica adhesiva:** es una venda realizada con tejido elástico con una cara adhesiva.
- .vendajes tubulares:** son vendas en forma de tubo que permiten la adaptación a diferentes partes del cuerpo según su tamaño.
- .venda impregnada en materiales:** es aquella venda impregnada de yeso, que al humedecerla, se vuelva rígida.
- .venda de papel:** es papel pinocho con cierto grado de elasticidad, se usa en la colocación de yeso.

4.4. TÉCNICAS DE VENDAJE

- .vuelta circular:** consiste en dar vuelta sobre la vuelta anterior. Se usa para reiniciar y finalizar vendajes.
- .vuelta en espiral:** cada vuelta de la venda cubre 2/3 partes de la vuelta anterior de forma oblicua al eje de la extremidad que se está vendando.
- .vuelta en espiga:** se comienza por la zona distal de la extremidad. La primera vuelta se inicia Asia arriba y la segunda hacia abajo, y así sucesivamente.
- .vuelta recurrente:** se utiliza fundamentalmente para los dedos, la cabeza y los muñones.
- .vuelta en ocho:** se utiliza en rodillas y codos. Las vueltas ascendentes y descendentes se alternan cruzándose en el centro en el centro de la articulación formando una figura en ocho.

4.4.1. RECOMENDACIONES DURANTE EL VENDAJE

- Proteger las prominencias óseas.
- Comenzar a vendar siempre desde la zona más distal a la proximal. • Evitar pliegues en la venda que puedan presionar excesivamente y dañar la piel.
- Asegurarnos de que se mantiene la posición correcta durante todo el procedimiento.
- No vendar dos superficies dérmicas en contacto. Interponer entre ambas una gasa o algodón a fin de evitar la maceración de la piel.
- El rollo de venda debe ser sujetado con la mano dominante y el extremo de la venda con la otra mano. La cara externa del rollo de venda se deslizará alrededor de la extremidad que estemos vendando y no al contrario.
- No se cubrirá la zona distal de los dedos si no es imprescindible a fin de valorar la circulación periférica.

4.5. LESIONES TERMICAS (QUEMADURAS)

Las complejas alteraciones fisiopatológicas de las lesiones térmicas representan un gran reto terapéutico para el médico, por lo que los centros avanzados actuales utilizan equipos multidisciplinarios para disminuir la morbilidad. Las quemaduras se producen por exposición a calor o frío intenso y como su tratamiento difiere de acuerdo con el factor causal.

4.5.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Quemadura se define como la lesión producida por un cambio de energía y temperatura. Este grupo de pacientes se presenta con gran frecuencia en los servicios

- Zona de coagulación. Constituye el epicentro de la quemadura, en donde el tejido lesionado no es viable, evoluciona a necrosis.
- Zona de isquemia o estasis. Rodea a la zona de coagulación, no se encuentra devitalizada; sin embargo, presenta daño microvascular importante que puede evolucionar a necrosis
- Zona de hiperemia. Es el espacio circunscrito a la zona previa, presenta vasodilatación por los mediadores inflamatorios liberados en la zona isquémica

4.5.1. MANEJO DEL PACIENTE QUEMADO

Todo los pacientes deben ser manejados de forma inicial en el Servicio de Urgencias, la evaluación debe comprender el ABCDE de la reanimación inicial, asegurando la permeabilidad de la vía aérea, en particular en los pacientes con quemaduras faciales o por inhalación y deflagración.

4.6.- ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLÍTICO Y ÁCIDO BASE.

Equilibrio hidroelectrolítico es fundamental para conseguir una correcta homeostasis, pues regula la mayoría de las funciones orgánicas. Las alteraciones hidroelectrolíticas constituyen una causa importante de morbilidad, y en ocasiones de mortalidad, en los pacientes críticos. Una rápida valoración del estado hidroelectrolítico y un tratamiento precoz y correcto, son las claves para revertir o evitar una situación potencialmente grave.

4.6.1.- BALANCE HIDROSALINO

ACIDOSIS METABÓLICA La acidosis metabólica se define por un pH sanguíneo inferior a 7.35 como consecuencia de la disminución de HCO_3^- , seguida de un descenso de la PCO_2 como mecanismo compensador.

ACIDOSIS RESPIRATORIA La acidosis respiratoria se produce por hipoventilación alveolar. **ALCALOSIS METABÓLICA** La alcalosis metabólica es una anomalía común en pacientes hospitalizados, siendo el desorden metabólico más frecuentemente observado en pacientes ingresados en cuidados intensivos. **ALCALOSIS RESPIRATORIA** La alcalosis respiratoria se define como un proceso fisiopatológico anormal, en el cual la ventilación alveolar es exagerada en relación con el grado de producción de dióxido de carbono, lo que ocasiona un descenso de la PaCO_2 por debajo de los límites normales.

4.7. SHOCK

El shock es un síndrome clínico asociado a múltiples procesos, cuyo denominador común es la existencia de una hipoperfusión tisular que ocasiona un déficit de oxígeno (O_2) en diferentes órganos y sistemas. Si esta situación se prolonga en el tiempo, se agotan los depósitos energéticos celulares y se altera la función celular, con pérdida de la integridad y lisis, lo que en última instancia lleva a un deterioro multiorgánico que compromete la vida del enfermo.

4.7.1 TIPOS DE SHOCK

Aunque pueden coexistir diferentes causas de shock en un mismo paciente, haciendo que el cuadro clínico y hemodinámico sea más abigarrado, de forma práctica se suelen dividir las causas de shock en varios tipos: hemorrágico, hipovolémico, cardiogénico, obstructivo o de barrera, séptico, anafiláctico y neurogénico.

1. Shock Hemorrágico La disminución de la volemia como consecuencia de una hemorragia aguda puede producir un shock por disminución de la precarga.

2. Shock Hipovolémico no hemorrágico Se produce como consecuencia de una importante pérdida de líquido de origen gastrointestinal (vómitos, diarrea), renal.

3.- Shock cardiogénico Lo produce un fallo de la función miocárdica.

4. Shock obstructivo extra cardíaco También se le denomina shock de barrera y las causas que lo provocan son el taponamiento cardíaco, la pericarditis constrictiva y el tromboembolismo pulmonar masivo.

Fase de shock descompensado Los mecanismos de compensación se ven sobrepasados. Empieza a disminuir el flujo a órganos vitales.

CLINICA DEL SHOCK Hay que tener en presente que no existe ningún signo o síntoma específico de shock.

TRATAMIENTO Por ser el shock un proceso crítico que amenaza la vida del paciente, la actuación terapéutica debe ser inmediata, lo que supone en la mayoría de las ocasiones iniciar un tratamiento empírico.