



Universidad Del Sureste

Nombre de alumno: Gloria Villatoro Hernández.

Nombre del profesor: LIC. Gabriela García Pérez.

Materia: Práctica clínica de enfermería.

Nombre del trabajo: Investigación/Ulceras por presión.

Grado: 6to Cuatrimestre.

Grupo: A

PASIÓN POR EDUCAR

Pichucalco; Chiapas a 07 de mayo de 202

Contenido

INTRODUCCION	2
ULCERAS POR PRESION.....	3
ETIOLOGIA	4
PREVENCION Y TRATAMIENTO.....	6
CONCLUSION	8
BIBLIOGRAFIA	9

INTRODUCCION

En el área de la salud es muy frecuente que algunos pacientes puedan presentar úlceras por presión, debido al tiempo de estancia en hospitalización y mayor mente las encontramos en pacientes geriátricos, las enfermeras tenemos muy presente los riesgos a los que los pacientes pueden presentar al estar hospitalizados y más aún cuando padecen enfermedades crónicas degenerativas como lo es la diabetes y muchos factores más que están presentes, es nuestra labor el reducir el porcentaje de que se presenten en nuestros pacientes.

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados. A lo largo de esta investigación se espera poder solucionar dudas tanto para su servidor como los presentes lectores de ser el caso.

ULCERAS POR PRESION.

La principal causa de la formación de una úlcera por presión, es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos.

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33mm Hg, lo que significa que presiones por encima de 16mm Hg producen un colapso de la red capilar. La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Éste es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 minutos, restableciéndose la perfusión de los tejidos. Si no desaparece la presión se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.

DEFINICION

Existen múltiples definiciones de diferentes autores.

“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, uno perteneciente al paciente y otro externo a él”.

“Una úlcera por presión es una lesión de la piel y / o tejido subyacente que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o presión en combinación con la cizalla”. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; la importancia de estos factores aún no se ha dilucidado.

podemos definir una UPP como toda lesión de la piel originada una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea, o por la fricción, cizalla o combinación de las mismas, causando una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.

ETIOLOGIA

Las úlceras constituyen un serio problema con una trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro de la calidad de vida en los pacientes y en sus familiares, por un lado, pero también ocasionan una sobrecarga asistencial, un aumento de costes a los servicios de salud, así como una alta dispensación de productos farmacéuticos.

Las causas que desencadenan la aparición de estas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación; el identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo.

La aparición de upp es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de Enfermería, es el estamento sanitario más implicado y con más experiencia en este problema, constituyendo un área de cuidados específica tanto en lo que se refiere a su prevención, valoración o curación.

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producidas por una presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Las upp generalmente ocurren sobre prominencias óseas y son clasificadas según el grado de lesión tisular observado. Los mecanismos que provocan la aparición de estas lesiones basados en la alteración del riego sanguíneo de la zona por una causa externa, la presión, la humedad o la fricción. en los factores fisiopatológicos como consecuencia de diferentes problemas de salud encontramos las lesiones Cutáneas: Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.

Trastorno en el Transporte de Oxígeno: Trastornos vasculares periféricos, éstasis venoso, trastornos cardiopulmonares. Deficiencias Nutricionales por defecto o por exceso: Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemias, deshidratación. Trastornos inmunológicos: Cáncer, infección. Alteración del Estado de Conciencia: Estupor, confusión, coma. Deficiencias Motoras: parálisis. Deficiencias Sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa. Alteración de la eliminación urinaria/intestinal: Incontinencia urinaria e intestinal.

Derivados del Tratamiento: Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

Inmovilidad Impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas:

Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores. Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos.

Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Sondaje vesical, nasogástrico.

Situacionales: Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, tales como inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés. Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, objetos de roce.

Del desarrollo: Relacionados con el proceso de maduración. Niños Lactantes: rash por el pañal. Ancianos: Pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

Del Entorno, deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.

- La falta de educación sanitaria a los pacientes.
- La falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.
- La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- La desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.
- La sobrecarga de trabajo del profesional.
- Intervenciones quirúrgicas, con duración superior a tres horas, pueden provocar upp.
- Inmovilizaciones postoperatorias.
- Ingresos prolongados en UCI

Según la guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión del Servicio Andaluz de Salud, se puede establecer dos grandes grupos de factores predisponentes para las upp, los factores intrínsecos y extrínsecos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Objetivo: Mantener una piel intacta en el paciente.

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, 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.
- 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.
- 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 hidrocólico, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

Exceso de Humedad:

Objetivo: Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

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.

Movilización:

Objetivo: Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo como prominencias óseas.

Cuidados:

Realizar cambios posturales:

Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base.

El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos.

En general se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados.

Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones. En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados. Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.

Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas.

Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.

En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados. Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.

Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización.

CONCLUSION

Las úlceras por presión son una de las afecciones que dañan la integridad del órgano más grande que tenemos, la piel, al ser nuestra primera barrera natural que nos separa internamente al mundo exterior es la más afectada por diversos factores tanto natural como propios del movimiento, las fricciones, o la falta de esta movilidad. De estar presentes en personas vulnerables las úlceras por presión dañan el sistema tegumentario pudiendo medirse en grados de acuerdo a las áreas de afección y el daño de las capas de la piel, músculo o hueso, de estar bajo control es muy fácil que estas úlceras por presión puedan complicarse agravando y comprometiendo la salud del individuo.

El personal de enfermería y el personal médico van de la mano para poder dar tratamiento y cuidados a las diferentes situaciones que puedan presentarse, prevenirlas es posible, varía en diferentes posturas al paciente comprometido, así como ayudar a movilizar sus extremidades de ser posibles, los cuidados de enfermería deben de estar siempre presentes.

BIBLIOGRAFIA

<https://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etiotopogenia.html>

<https://www.ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>

<https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/Evaluaci%3bn-de-soportes-est%3a1ticos-de-aire-para-reducir-la-presi%3bn.pdf>