



**Nombre de alumnos: Sara Galilea
Martínez Quevedo**

**Nombre del docente: Gabriela
García Pérez**

**Nombre del trabajo: úlceras por
presión**

Materia: prácticas de enfermería

Grado: 5 do cuatrimestre

Grupo: único

Índice

	Página
Introducción	1
Desarrollo	4
Etiología.....	5
Clasificación.....	6
plan de cuidados 7.....	9
conclusión	10

Introducción

el profesional de enfermería, debe conducir a establecer cuidados eficientes y de calidad, elaborando planes de cuidados de enfermería, que garanticen la seguridad del usuario.

La enfermería desde sus inicios se ha considerado un producto social vinculado al arte de cuidar, que responde a la necesidad de ayudar a las personas cuando estas no tienen capacidad o conocimientos suficientes para proporcionarse a sí mismas dichos cuidados. Su función es prestar unos cuidados de calidad y seguridad para mantener la vida del paciente, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando la autonomía del paciente y/o cuidador o familia. Así mismo, es importante garantizar al individuo un modelo social de atención teniendo en cuenta el fomento del autocuidado y la potenciación de sus capacidades para poder ser independientes a la hora de satisfacer sus necesidades básicas, y las actividades de la vida diaria.

Así mismo se entiende que más allá de los cuidados debemos saber la razón del padecimiento y las causas, por ello se expondrán los puntos abarcados en el siguiente texto.

Desarrollo

el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud. Mediante esta, se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia

que son las UPP

Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema asistencial debido a su prevalencia y el impacto sobre la salud, la calidad de vida de los pacientes, sus entornos, cuidadores y el consumo de recursos para el sistema de salud. En la actualidad, constituyen uno de los problemas más comunes en la práctica diaria de Enfermería. Por este motivo, es importante estudiar cómo tratarla de forma eficaz, y también como determinar la forma de prevenirlas.

Según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas (GNEUPP) la úlcera por presión se define como: "lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, tracción y fricción, siendo determinante la relación presión-tiempo

Estas UPP afectan tanto a personas hospitalizadas como en el ámbito domiciliario o sociosanitario y, comúnmente se forman en zonas donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. Sus principales efectos son:

agravar el pronóstico de la enfermedad, disminuir la esperanza de vida y deteriorar la calidad de vida de las personas que las padecen, así como de sus cuidadores. En el pasado, eran consideradas un problema inevitable pero no importante, es decir, un mal menor. Sin embargo, en la actualidad el interés sobre su tratamiento y prevención ha ido aumentando, ya que según el GNEAUPP la gran mayoría de Úlceras por Presión son prevenibles (95%).

Por ello, el sistema de salud actual, enmarcado en un contexto de calidad, demanda un plan individualizado e integral dirigido hacia la prevención y el tratamiento precoz de las personas con UPP o en riesgo de padecerlas¹⁷. El mejor cuidado de las UPP es la prevención, por lo que todas las actuaciones deberían de ir orientadas en ese sentido. El éxito terapéutico dependerá de la adecuada identificación y control de las causas que favorecieron la aparición de la úlcera, un diagnóstico adecuado

y un tratamiento correcto además de, disponer de estrategias de educación y prevención sanitaria

ETIOLOGÍA La formación de UPP se ve influenciada por tres tipos de fuerzas o factores de riesgos primarios:

□ **Presión:** es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). Es la principal causa de formación de UPP, que depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene ésta. Por ejemplo, se puede producir cuando una persona está inmobilizada durante varios días en la cama debido a una operación quirúrgica. De hecho, las intervenciones de cadera y rodilla son las que más riesgo tienen de provocar una UPP.

□ **Fricción:** es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimientos o arrastres. Por ejemplo, cuando ante una fractura de pierna se intenta movilizar al paciente, al arrastrarlo hay riesgo de producir un roce con las sábanas.

□ **Fuerza externa de pinzamiento vascular o cizallamiento:** combina los efectos de presión y fricción

Factores ambientales

Dichos factores se pueden agrupar de la siguiente manera:

Factores predisponentes de las Úlceras por presión	
Factores Intrínsecos	Factores Extrínsecos
Condición física: inmovilidad	Humedad
Percepción sensorial	Sequedad de la piel
Estado de salud general	Estancia/microclima
Edad	Temperatura corporal
Medicación	Superficie de apoyo
Alteraciones nutricionales/deshidratación	Técnicas manuales sobre la piel: masajes
Afectación de la perfusión tisular:	Perfumes, agentes de limpieza
- Alteraciones respiratorias y circulatorias	
- Diabetes	
- Insuficiencia vasomotora	
- Presión arterial baja	
- Insuficiencia cardíaca	
- Vasoconstricción periférica	
- Alteraciones endoteliales	

Tabla 2. Factores predisponentes de las Úlceras por presión. Modificado Soldevilla 2007

Clasificación

ESTADIO I. Eritema no blanqueante en piel intacta. Se trata de una alteración que se observa en la piel íntegra. Está relacionada con la presión y se manifiesta por un eritema cutáneo que al presionar no se suele palidecer. se sitúa en un área del cuerpo que no ha sido sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración), y/o sensaciones (dolor, escozor)

ESTADIO II. Pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla. Se trata de una pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Es una úlcera superficial, con un aspecto de abrasión, ampolla...

ESTADIO III. Pérdida total del grosor de la piel (grasa visible). Hay una pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Se puede extender hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

ESTADIO IV. Pérdida total del espesor de los tejidos (músculo/hueso visible).

Ocurre cuando hay una pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). Pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos²².

Las UPP generalmente se localizan sobre protuberancias óseas. Las áreas de más riesgo son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

Pueden deberse a las propias características fisiológicas del envejecimiento de la piel y el músculo, a la presencia de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la vasculopatía, la depresión, y la demencia, así como cambios en el estado nutricional, déficit cognitivo, incontinencias y a la movilidad reducida. Para evitar en la medida de lo posible el desarrollo de UPP, los sanitarios, en primer lugar, deben realizar una valoración de riesgo en todas las personas en su primer contacto con el sistema sanitario, tanto en hospitales, en centros geriátricos o en pacientes atendidos en su domicilio

Una de ellas es la escala de Braden, que mide las siguientes variables: Percepción sensorial: valora si el paciente reacciona ante una molestia.

Exposición a la humedad: cuanto tiempo está la piel expuesta a la humedad.

Actividad: nivel de actividad física.

- Movilidad: si el paciente es capaz de cambiar de posición.
- Nutrición: cantidad de ingesta de alimentos que recibe.
- Roce y peligro de lesiones cutáneas

Tratamiento

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO El profesional de enfermería, como parte integrante del equipo de salud, es un elemento clave para el abordaje de la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, utilizando la metodología enfermera como base de su trabajo. El propósito de un plan de cuidados ante un paciente que padezca úlceras por presión, es el de mejorar la calidad de los cuidados mediante una atención individualizada. De esta forma, se obtendrá un aumento en la calidad de la atención y seguridad del paciente. Mediante la valoración de enfermería, la enfermera identifica necesidades y problemas del paciente, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa. Su objetivo es el de utilizar sistemas estandarizados para identificar el estado de salud o los problemas del individuo, familia o comunidad que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades tanto dependientes como interdependientes de enfermería.

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO Antes de llevar a cabo el plan de cuidados individualizado, el profesional sanitario del turno valorará las necesidades que demanda el paciente para prestar unos cuidados de calidad. Mediante sus conocimientos y basados en guías sobre el cuidado de las UPP de distintas comunidades autónomas, elaborará un plan de cuidados individualizado de calidad y de continuidad. Una vez realizado la valoración y obteniendo los datos clínicos de interés, se registran los cuidados utilizando el lenguaje de la taxonomía NNN con el fin de lograr los objetivos que se han consultado y acordado con el paciente que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

Plan de cuidados

NANDA 00046

Deterioro de la integridad cutánea

CÓDIGO: 00046 DIAGNÓSTICO: Deterioro de la integridad cutánea DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis y/o de la dermis

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección

NECESIDAD: 8 Higiene/Piel

CLASE: 2 Lesión física PATRÓN: 2 Nutricional – Metabólico Manifestado por la alteración de la integridad de la piel y relacionado con factor mecánico (presión, inmovilidad física...)

NOC 1102

Curación de la herida: por primera intención

CÓDIGO: 1102 RESULTADO: Curación de la herida: por primera intención
DEFINICIÓN: Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

DOMINIO: 2 Salud fisiológica

CLASE: L Integridad tisular

ESTADO ACTUAL: El paciente presenta UPP de estadio III

OBJETIVOS: Mediante cuidados específicos curar la UPP. INDICADORES: 110201 Aproximación cutánea.

ESCALA: Actualmente es escaso y nuestro objetivo es alcanzar una aproximación sustancial.

NIC 3660 Cuidados de las heridas CÓDIGO: 3660 INTERVENCIÓN: Cuidados de las heridas DEFINICIÓN: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.

CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo CLASE: L Control de la piel/herida

ACTIVIDADES: - Administrar cuidados del sitio de la úlcera cutánea, si es necesario.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, según corresponda.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.

- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante.
- Desbridar la úlcera, si es necesario.
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.

Conclusión

La realización de este trabajo sirve para reforzar el conocer la importancia y la necesidad que conlleva la realización de un plan de cuidados, y así poder evaluar los resultados esperados adecuados del tratamiento esperado ,se evaluara la destreza de aptitud de la enfermera al desempeñar un rol importante al cuidado del paciente una vez dado los primeros conocimientos importantes.