

**Nombre del alumno:**

Jesús López Gómez.

**Nombre del profesor:**

Enf. Pedro Alejandro Bravo

**Nombre del trabajo:**

**Materia:**

**Grado:**

**Grupo:**

Ocosingo Chiapas a 22 de Mayo de 2020

Definición ulceras por presión:

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la Piel y/o tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, siendo determinante la relación presión-tiempo.

MECANISMOS

La integridad de la piel se puede ver alterada fundamentalmente por estos cuatro factores:

• **Presión**: Es la 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.). La presión capilar oscila entre 6-32 mm. De Hg., si esta aumenta (>32mm. De Hg.) ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y, si no se alivia, la necrosis de los mismos.

• **Fricción**: Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

• **Cizallamiento** (Fuerza externa de pinzamiento vascular): Combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

• **Humedad:** Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.

**Valoración del Paciente y de su entorno de cuidados:**

A toda persona al ingreso en un hospital, Centro Socio Sanitario o en la primera visita domiciliaria en AP debe hacérsele sistemáticamente una valoración de enfermería completa que incluya:

• Capacidad de satisfacer por sí misma sus necesidades básicas.

• Examen físico y del estado actual de salud prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP,y tratamiento farmacológico.

• Evaluación nutricional con un instrumento validado capaz de detectar riesgo de desnutrición o desnutrición establecida.

• Aspectos psico-sociales, identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales.

• Evaluación de riesgo de presentar UPP con una escala validada.

**Prevención de las úlceras por presión**

Nuestro objetivo no es enseñar a curar la UPP sino evitar su desarrollo a través de la planificación de cuidados enfermeros aplicados a todo paciente con riesgo de desarrollar una UPP. Las actividades de cuidados que comprende se pueden clasificar en diferentes áreas:

**1. Valoración del riesgo**

- Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente.

- Es necesaria una valoración detenida del estado de la persona antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de UPP y por lo tanto excluirlo de la aplicación de medidas preventivas

- Cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento será necesario una nueva valoración:

• Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea, se utilizará de forma sistemática una escala de valoración de riesgo UPP (EVRUPP) validada. De las existentes nos decantamos por la escala Braden por su mejor balance sensibilidad/especificidad y su fácil manejo. (Anexo I) Evidencia Alta

La escala de Braden utiliza las siguientes variables:

· Percepción sensorial

· Exposición a la humedad

· Actividad

· Movilidad

**Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión:**

· Nutrición

* Roce y peligros de lesiones cutáneas El resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías puede oscilar entre 6 y 23 puntos. Según la puntuación se identifican los siguientes grupos de riesgo:

• **Riesgo alto**:<12 (evaluación diaria)

• Riesgo medio: 13-15 (evaluación c/3 días)

• Riesgo bajo: >16 (evaluación c/7 días)

2. Cuidados de la piel

• Valoración del estado de la piel

Realizar diariamente coincidiendo con el aseo e informando del procedimiento al paciente y cuidador. Evidencia Muy Baja

- Hacer hincapié en zonas donde hay prominencias óseas (sacro, caderas, tobillos, codos, etc.)

- Prestar especial atención también a las zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, secreciones,)

- Observar la presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.

Los pacientes con piel oscura o morena pueden presentar tonos rojos, azules o morados. Valorar en estos pacientes el calor de la piel en la zona presuntamente afecta

comparándola con el calor en otra zona del cuerpo. Evidencia Muy Baja

• Limpieza y cuidados locales de la piel

La piel de la persona debe estar siempre limpia y seca

- Utilizar jabones y sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo sobre el ph de la piel. Evidencia Moderada - Aclarar bien el jabón y realizar secado meticuloso sin fricción incidiendo especialmente en las zonas de pliegues

– Aplicar cremas hidratantes fluidas, confirmando su total absorción

 - Utilizar preferentemente lencería de tejidos naturales

 - Utilizar apósitos protectores para reducir las posibles lesiones por fricción

- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sana sometida a presión ya que posibilitan una óptima hidratación, favorecen el aumento de la circulación capilar y refuerzan la resistencia cutánea. Evidencia Alta

3. Manejo de la Presión

Para minimizar el nefecto de la presión como causa de UPP, considerar cuatro elementos fundamentales:

• Movilización

• Cambios posturales

• Superficies especiales de la presión (SEMP)

•Protección local ante la presión

**Cambios posturales:**

 Programar los cambios posturales de manera individualizada dependiendo de su valoración de riesgos y de la SEMP utilizada.

· Como norma general realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos, siguiendo una rotación programada e individualizada

· En periodos de sedestación efectúan movilizaciones horarias. Si puede realizarlo autónomamente, enseñar a la persona a movilizarse cada quince minutos (cambios de postura pulsiones). Si la situación del paciente en sedestación o de su entorno cuidados no permite realizar estas movilizaciones, es preferible en cama al paciente.