

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**PRACTICA CLINICA**

**CATEDRATICO: MARCOS JHODANY ARGUELLO GALVES**

**ALUMNA: DANIA MARTHITA FLORES ABELAR**

**QUINTO CUATRIMESTRE GRUPO "B"**

**COMITAN DE DOMINGES CHIAPAS A 15/05/2020**

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



para prevenir las úlceras:

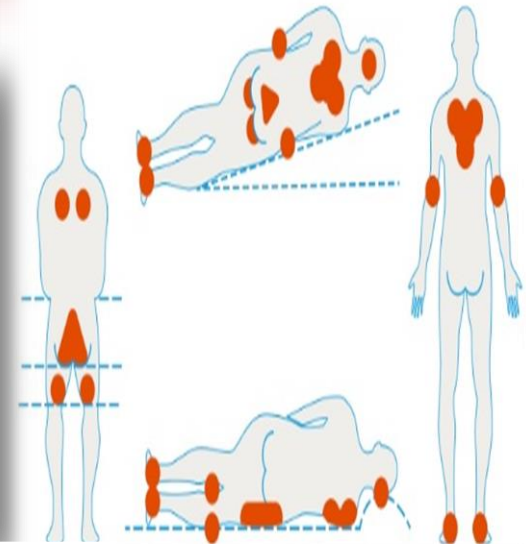
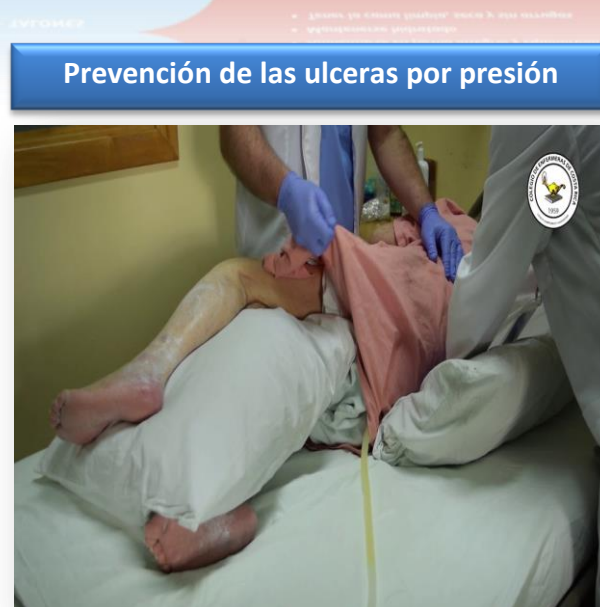
Mantenga la piel limpia y seca

Cambie de posición cada dos horas

Utilice almohadas y productos que alivien la presión

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza
- Una debajo de la cintura
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.



Piel: 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, etc.) 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

Las úlceras por presión (UPP) son un problema de salud que durante mucho tiempo ha pasado desapercibido; suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación

es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, producida

generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o de

la presión en combinación con cizallamiento y/o fricción.

Existen también otros

Leslie Ruiz Tijllez

Más del 90% son prevenible

# PREVENCIÓN Úlceras Por Presión UPP

**CONCIENTIZAR Y EDUCAR**  
Al personal de salud y familia para detectar cualquier alteración de la integridad de la piel: Observa, valora y registra

**MOVILIZACIÓN**  
Se realizará cada 2 horas conforme a las manecillas del reloj y por la noche cada 4 horas.

**CONTROL DE LA HUMEDAD**  
Cambio frecuente de pañal, sabana y ropa cuando está, este sucia o mojada por orina y heces.

**REDUCIR FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO**  
Mantener ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

**VIGILAR ZONAS CON DISPOSITIVOS**  
El uso de sondas, catéteres y los medios utilizados para la fijación pueden producir fricción en la piel adyacente.

**PROTECCIÓN DE LA PIEL**  
Con productos de barrera como: películas de poliuretano, óxido de zinc, apósitos hidrocoloides, etc

**HIDRATACIÓN DE LA PIEL**  
Los ácidos grasos hiperoxigenados ayudan a la hidratación de la piel así como favorecen la circulación capilar.

**SOPORTE NUTRICIONAL**  
Favorece la cicatrización de las úlceras, evita su aparición y disminuye la frecuencia de infecciones.

**APORTE HÍDRICO**  
Indispensable para la prevención de UPP ya que la piel hidratada tiene menos riesgo de lesionarse.

**LIMPIEZA Y CURACION**  
Desbridamiento de manera correcta para minimizar el riesgo de infección.

**Cuidados de la piel del paciente con UPP.**

Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP.

Establecer los cuidados necesarios para controlar y minimizar los factores

de riesgo que intervienen en el desarrollo de las UPP.

Definir las intervenciones para mantener la integridad de la piel.

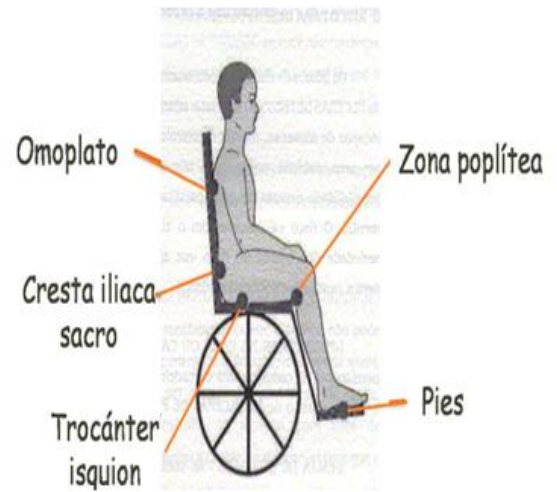
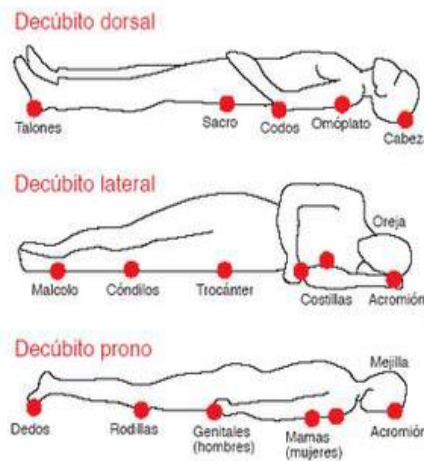
Establecer criterios unificados de evaluación de los cuidados

Las UPP son lesiones de etiología conocida y multifactorial, con dos

elementos claves: las fuerzas de presión, fricción y/o cizalla y la disminución

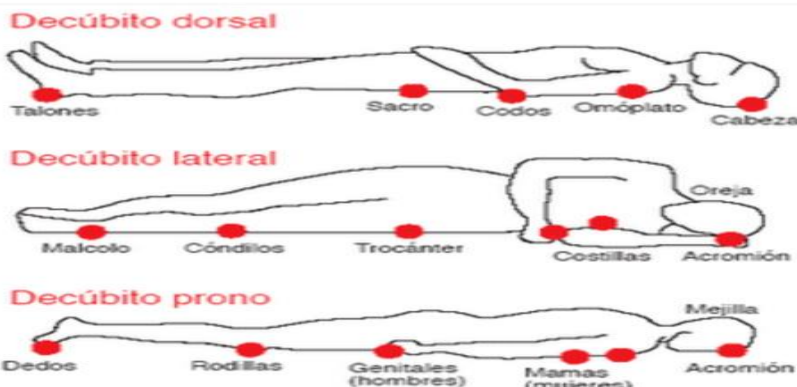
de la tolerancia de los tejidos a estas fuerzas, propiciadas por múltiples

factores de riesgos extrínsecos, intrínsecos o una combinación de ambos



factores contribuyentes que se asocian con las Las úlceras por presión se clasifican en las siguientes categorías o grados

- Grado I: eritema no blanqueable.
- Grado II: úlceras de espesor parcial.
- Grado III: pérdida total del grosor de la piel.
- Grado IV: pérdida total del espesor de los tejidos



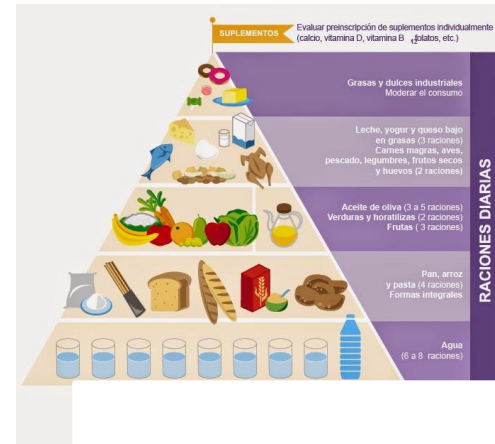


Al disminuir la masa magra (MM), se producen distintas alteraciones según el porcentaje perdido: al disminuir 10%, se deteriora la inmunidad, con el consecuente aumento de infecciones; al reducirse en 20%, disminuye la cicatrización, por la competencia que se produce entre el uso de las proteínas para la síntesis de tejido muscular y para la cicatrización<sup>11</sup>, además de una mayor astenia y riesgo de infecciones; con disminución de 30%

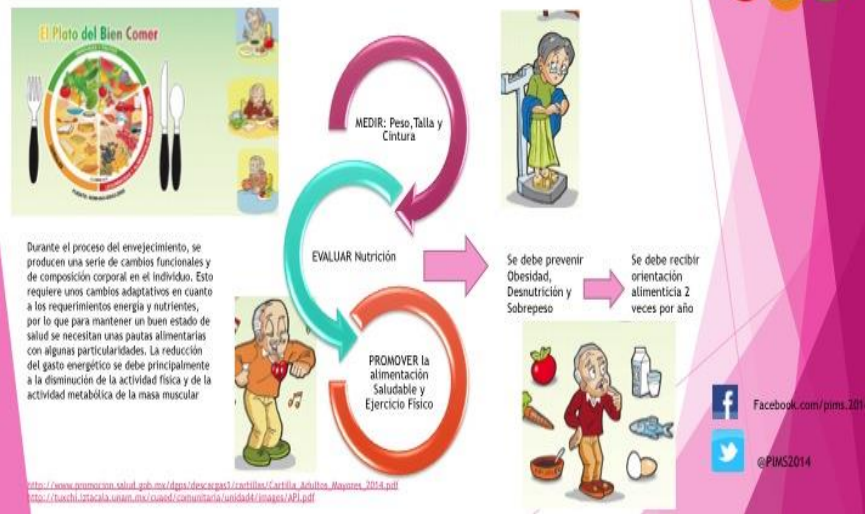
## Energía

La calorimetría indirecta es el método más preciso para determinar las necesidades de energía en pacientes ambulatorios y hospitalizados

## Manejo nutricional de las UPP



## NUTRICIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS



## Vitaminas y micronutrientes

La vitamina C es primordial para una cicatrización adecuada, debido a su efecto antioxidante y a que promueve la síntesis de colágeno

## Proteínas

Las proteínas son necesarias para la cicatrización de heridas, ya que promueven la proliferación de fibroblastos, los cuales sintetizan colágeno. En términos generales, se recomienda que la ingesta de proteínas se distribuya regularmente en 3 tiempos

## Lípidos

La ingesta de lípidos es fundamental ya que ayudarán a generar un balance energético adecuado, lo cual facilita que las proteínas cumplan su rol estructural, para apoyar el proceso de cicatrización

## Hidratos de carbono

Es relevante otorgar una adecuada proporción de hidratos de carbono, debido a sus funciones energéticas, que al igual que los lípidos, contribuyen a proteger el rol estructural de las proteínas. El aporte de este macronutriente será obtenido por diferencia

I: eritema no blanqueante en la piel íntegra

En esta categoría la piel se presenta intacta con eritema no blanqueante (que no blanquea) de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Pueden estar presentes: decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. Esta categoría puede ser difícil de detectar en individuos de piel oscura

Categoría II: ategería II: pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla

Esta se caracteriza por la pérdida de espesor parcial de la dermis, presentándose como una úlcera abierta poco profunda, con el lecho de la herida entre rosado y rojo, sin esfácelos. También puede mostrarse como una ampolla intacta llena de suero o rota.

Es una úlcera superficial de aspecto brillante o seco sin esfácelos o hematomas (el hematoma indica lesión de los tejidos profundos)

Categoría III: pérdida total del grosor de la piel

En este tercer grupo se incluirán aquellos casos en los que se observe pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible pero huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfácelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la lesión. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

### Clasificación y características de las UPP

## ÚLCERAS POR PRESIÓN

Clasificación de UPP NPUAP/EPUAP  
@Creative\_Nurse

**Categoría I** ERITEMA NO BLANQUEABLE

- \* Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable
- \* La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible
- \* Área dolorosa, firme, suave, más caliente o fría en comparación con el tejido adyacente



**Categoría II** ÚLCERA DE ESPESOR PARCIAL

- \* Pérdida de espesor parcial de la dermis
- \* Úlcera abierta poco profunda, herida rojo-rosada, sin esfácelos ni hematomas
- \* Posible flictena o blíster intacta llena de suero o rota ⚠
- \* No describe laceraciones, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación



**Categoría III** PÉRDIDA TOTAL DEL GROSOR DE LA PIEL

- \* Pérdida completa del tejido
- \* Posible grasa subcutánea visible y esfácelos
- \* Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones ⚠
- \* El hueso o tendón no son visible o directamente palpable



**Categoría IV** PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL

- \* Tejido con hueso expuesto, tendón o músculo visible
- \* Presenta esfácelos o escara
- \* Incluye cavitaciones y tunelizaciones
- \* Riesgo de osteomielitis o osteitis ⚠



CreativeNurse .jimdo.com  
FUENTE: <http://gneupp.info/>

IV: pérdida total de espesor de los tejidos

Dentro de esta categoría se clasifican aquellas lesiones donde hay una pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Frecuentemente incluye cavitaciones y tunelizaciones

**ESCALA BRADEN**

**ESCALA BRADEN**

PUNTOS	1	2	3	4
<b>Percepción sensorial</b>	<b>Completamente limitada</b> <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	<b>Muy limitada</b> <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	<b>Levemente limitada</b> <i>Responde a órdenes verbales.</i>	<b>No alterada</b> <i>Sin déficit sensorial.</i>
<b>Humedad</b>	<b>Completamente húmeda</b> <i>Caer constantemente (sudor, orina...)</i>	<b>Muy húmeda</b> <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	<b>Ocasionalmente húmeda</b> <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 h.</i>	<b>Raramente húmeda</b> <i>Piel normalmente seca.</i>
<b>Actividad</b>	<b>En cama</b>	<b>En silla</b>	<b>Camina ocasionalmente</b>	<b>Camina con frecuencia</b>
<b>Movilidad</b>	<b>Completamente inmóvil</b> <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	<b>Muy limitada</b> <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	<b>Ligeramente limitada</b> <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	<b>Sin limitaciones</b> <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
<b>Nutrición</b>	<b>Muy pobre</b> <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	<b>Probablemente inadecuada</b> <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	<b>Adecuada</b> <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	<b>Excelente</b> <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
<b>Fricción y deslizamiento</b>	<b>Es un problema</b> <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	<b>Es un problema potencial</b> <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	<b>Sin problema aparente</b> <i>Se mueve autónomamente.</i>	
<b>NIVELES DE RIESGO</b>	<b>ALTO RIESGO</b>		<b>≤12</b>	
	<b>RIESGO MODERADO</b>		<b>≤14</b>	
	<b>RIESGO BAJO</b>		<b>≤16</b>	

## Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL.</b>	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.</b>	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
<b>ACTIVIDAD.</b>	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
<b>MOVILIDAD.</b>	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
<b>NUTRICIÓN.</b>	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
<b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.</b>	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

### Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.  
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.