



NOMBRE DEL ALUMNO:

YARITZA YAZARET ANZUETO MENDEZ

NOMBRE DEL PROFESOR:

L.E. ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA:

ENFERMERÍA

NOMBRE DEL TRABAJO:

ULCERA POR PRESIÓN (UPP)

MATERIA:

PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA I

Frontera Comalapa, Chiapas a 23 de Mayo del 2020.

La ulcera por presión (upp) es una 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

U
P
P

Epidemiología

Estiman entre un 3 – 11 % de pacientes que ingresan al hospital desarrollan upp, el 70% producidas en las primeras dos semanas de hospitalización.

En las residencias asistidas oscila en entorno al 9,5% en el primer de estancia y hasta el 20,4% a los dos años.

El mejor cuidado es su prevención estimando el 95% de las mismas son evitables.

Mortalidad de pacientes con upp hospitalaria del 23-27% y el riesgo aumenta 2 a 5 veces más en las residencias asistidas

Fisiopatología

Presión



Es la fuerza ejercida por una unidad de superficie perpendicular a la piel que provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continua

Fricción



Actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimiento o arrastre, la humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.

De pinzamiento vascular



Es la combinación de presión y fricción como la posición fowler provoca presión y fricción en sacro.

Factores de riesgo

a) Fisiopatológicos (lesiones cutáneas, déficit motor (ACV), trastornos inmunológicos,

b) Derivados del tratamiento (Inmovilidad impuesta por tratamiento, Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia, Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

c) Situacionales (Falta de higiene, Arrugas en la ropa, Objetos de roce, Inmovilidad por dolor, fatiga)

d) Del entorno (Falta o mala utilización del material de prevención, Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica, Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.)

Valoración clínica

Es esencialmente interdisciplinaria, desempeñando el personal de enfermería un papel primordial.

Valoración del paciente

Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP

a) Localización y número de lesiones

b) Estadio

c) Área: registrar el diámetro de las lesiones.

d) Profundidad: grado 1 – grado 4 en todas formas de afección de la piel.

e) Secreción de la úlcera: estimar la cantidad, identificar el grado de olor y purulencia.

f) Tejido existente en el lecho ulcerar

g) Estado de la piel perilesional

U P P

Complicaciones

Complicaciones primarias:

Locales: originadas por la progresión de la necrosis

Sistémicas: entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria

Complicaciones secundarias

El uso de ropa de cama para mover al paciente disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento.

Localización de las úlceras por presión

Vertebras, omoplato, codos, caderas, sacro, nalgas, rodillas, talones.

Prevención

Cuidados de la piel

Mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión.

Inspección sistemática de la piel una vez al día.

Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros

Cargas mecánicas

Deben realizarse cambios posturales cada dos horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda.

Superficies de apoyo

A los pacientes con riesgo de desarrollar UPP debe colocar un dispositivo de apoyo que disminuya la presión.

Estáticas: hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.

Dinámicas: aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado

Tratamiento de las úlceras por presión

Valoración general del enfermo.
Prevención o Estado nutricional
Curas o Situaciones especiales
Otros tratamientos, como cámara hiperbárica, infrarrojos.

Escala de Norton

Estado físico → Bueno, aceptable, deficiente, muy deficiente.

Estado mental → Alerta, apático, confuso, estupor.

Movilidad → Completa, algo limitada, muy limitada, inmóvil.

Actividad → Deambula, con ayuda, silla de ruedas, encamado.

Incontinencia → No, ocasional, habitual, doble incontinencia.

Estadio.

Estadio I: Limpieza de la lesión, Es un eritema, donde hay una sensación de prurito y calor.

Estadio II: Ya se nota la ampolla y por lo tanto la pérdida parcial de la epidermis.

Estadio III: Se nota una pérdida de la piel con necrosis tisular.

Estadio IV: Pérdida total de piel con necrosis tisular, lesión muscular y estructuras de sostén.