



Nombre del alumno: Karina Muñoz Ross

Nombre del profesor: Lic. Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura: Enfermería

Materia: Enfermería Clínica

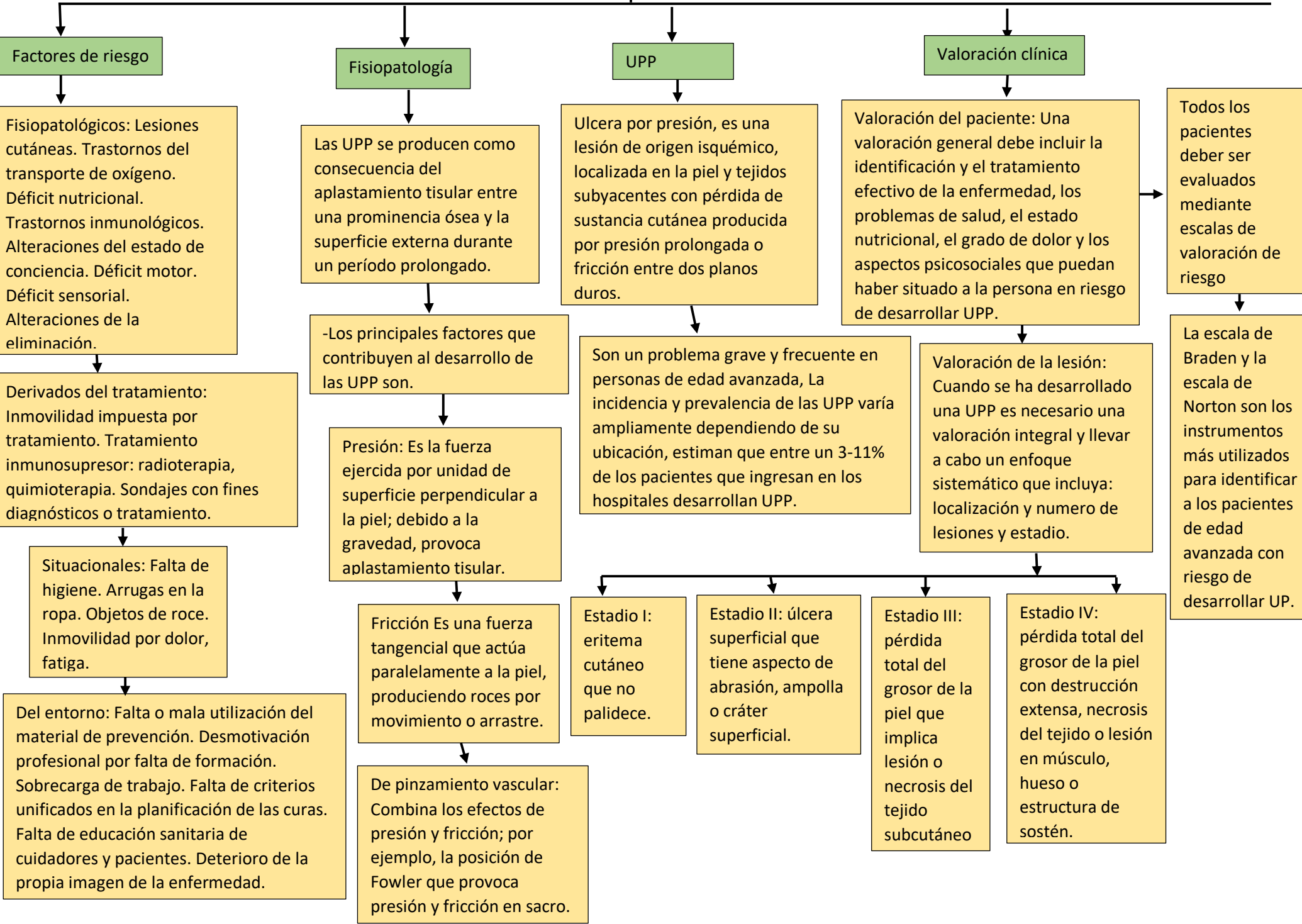
Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico:

“UPP y clasificación de las heridas”

Frontera Comalapa, Chiapas a 13 de noviembre del 2020

UPP



Factores de riesgo

Fisiopatológicos: Lesiones cutáneas. Trastornos del transporte de oxígeno. Déficit nutricional. Trastornos inmunológicos. Alteraciones del estado de conciencia. Déficit motor. Déficit sensorial. Alteraciones de la eliminación.

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

Situacionales: Falta de higiene. Arrugas en la ropa. Objetos de roce. Inmovilidad por dolor, fatiga.

Del entorno: Falta o mala utilización del material de prevención. Desmotivación profesional por falta de formación. Sobrecarga de trabajo. Falta de criterios unificados en la planificación de las curas. Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes. Deterioro de la propia imagen de la enfermedad.

Fisiopatología

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado.

-Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son.

Presión: Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular.

Fricción Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre.

De pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.

UPP

Ulcera por presión, 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.

Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación, estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan UPP.

Estadio I: eritema cutáneo que no palidece.

Estadio II: úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo

Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén.

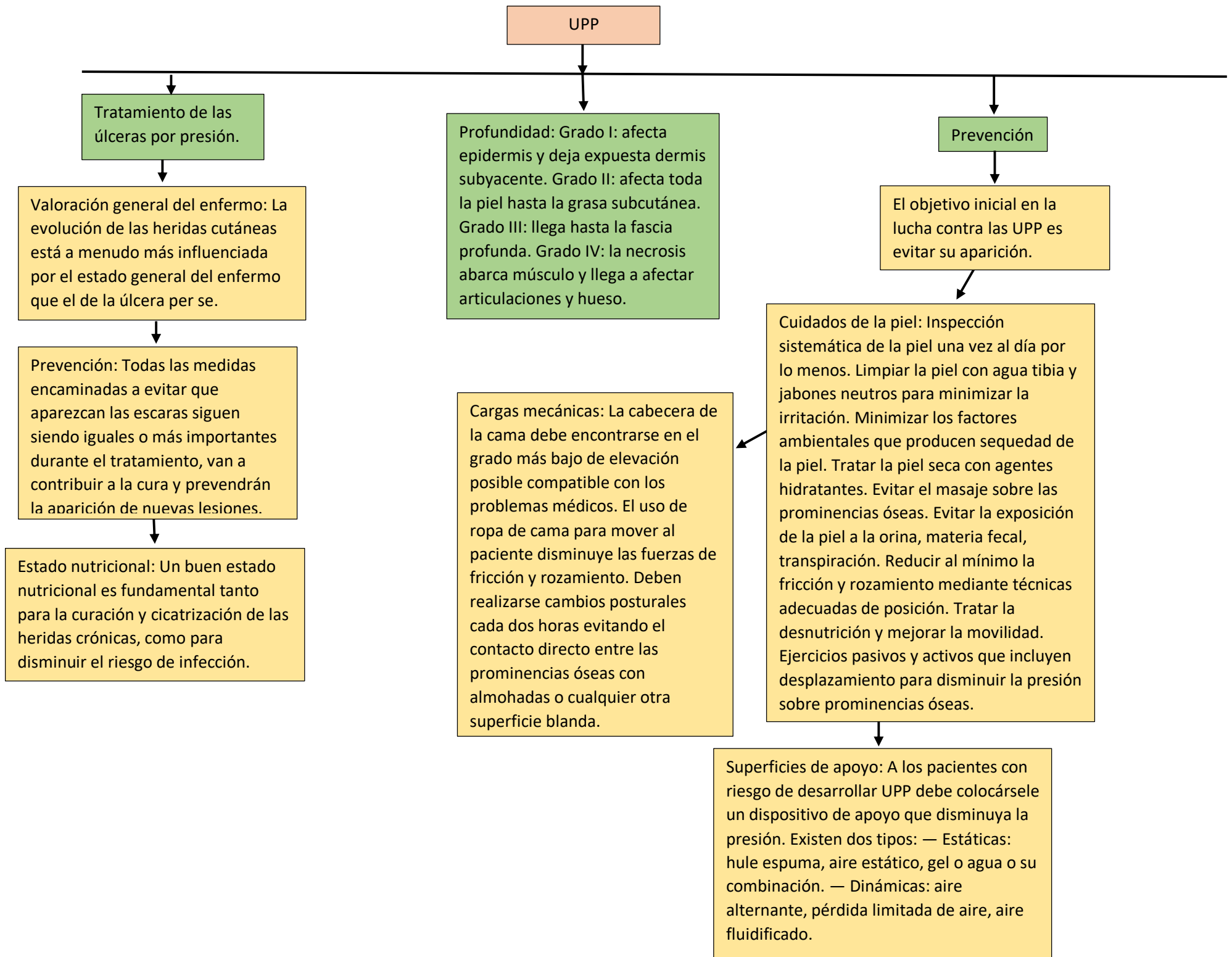
Valoración clínica

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.

Valoración de la lesión: Cuando se ha desarrollado una UPP es necesario una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya: localización y número de lesiones y estadio.

Todos los pacientes deber ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo

La escala de Braden y la escala de Norton son los instrumentos más utilizados para identificar a los pacientes de edad avanzada con riesgo de desarrollar UP.



UPP

Tratamiento de las úlceras por presión

Curas

Valoración general del enfermo: La evolución de las heridas cutáneas está a menudo más influenciada por el estado general del enfermo que el de la úlcera per se.

Prevención: Todas las medidas encaminadas a evitar que aparezcan las escaras siguen siendo iguales o más importantes durante el tratamiento, van a contribuir a la cura y prevendrán la aparición de nuevas lesiones.

Estado nutricional: Un buen estado nutricional es fundamental tanto para la curación y cicatrización de las heridas crónicas, como para disminuir el riesgo de infección.

Enfermedades concomitantes: Las múltiples enfermedades que acompañan a menudo a estos enfermos van a dificultar seriamente la cura de las úlceras, por lo que, un buen control sobre éstas, en la medida de lo posible, nos va a ayudar siempre a su curación.

Dependen del estadio de la lesión, la presencia o no de infección o de cavitación.

Estadio I Limpieza de la lesión. Ácidos grasos hiperoxigenados Mepentol. Evitar la presión. También están indicadas las barreras líquidas o los apósitos semipermeables.

Estadio II Si flictena perforar con seda. Algunos autores sugieren que la irrigación con fenitoína podría mejorar la evolución de la úlcera.

Estadios III y IV: Desbridamiento: El tejido necrótico en las úlceras favorece la infección e impide la curación, por lo que retirarlo es primordial.

b) Limpieza de la herida Siempre con suero salino isotónico. No usar nunca antisépticos tópicos; son productos citotóxicos para el nuevo tejido y su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción.

c) Prevención y abordaje de la infección Aunque todas las úlceras están en principio contaminadas, en la mayoría de los casos, una buena limpieza y el desbridamiento pueden prevenir la infección.

d) Cura húmeda Las evidencias científicas disponibles muestran mayor efectividad clínica y relación coste-beneficio de la cura en ambiente húmedo, frente a la cura tradicional.

Clasificación de las heridas

Según naturaleza causal de la lesión

• **Incisión:** Causada mediante objetos afilados, que generan daño en piel, generalmente con una baja disrupción del aporte sanguíneo.

Quemaduras: Causada por el contacto de la piel con una fuente de calor, la cual puede provenir de variadas fuentes, entre las más comunes están fuegos/llamas, escaldaduras y objetos calientes.

Cizallamiento o desaceleración: Causada por objetos capaces de superar la fuerza de cohesión del tejido

Ulceración: Causada por alteración en el revestimiento epitelial. Su patogénesis se basa en una alteración gradual de los tejidos por una etiología/patología interna.

• **Contusión:** La fuerza de aplastamiento genera muerte celular inmediata y daño del suministro de sangre subyacente al tejido.

Mordeduras: Causadas por humanos o animales. Requieren cuidados específicos y se consideran altamente contaminadas

Lesión, intencional o accidental, que puede producir pérdida de la continuidad de la piel y/o mucosa.

Este tipo de lesiones activa mecanismos fisiológicos destinados a recuperar su continuidad y, por ende, su función.

Clasificación según contaminación

Clase I (Limpia): Herida desinfectada y en ausencia de inflamación.

Clase IV (Sucia/Infectada): Herida > 6hrs, traumática que contiene tejido desvitalizado con inflamación purulenta. Ubicada en área con infección clínica o en víscera perforada, sugiere infección previa a la incisión.

Clase III (Contaminada): Herida abierta < 6hrs y accidental, que no presenta una infección aguda.

Clasificación de las heridas

Clasificación según temporalidad.

Aguda: < 6 horas de evolución, son potencialmente estériles.

Subaguda: > 6 horas, pero < 5 días de evolución, puede ser colonizada, a menos que se tomen determinadas medidas de limpieza.

Crónica: > 5 días de evolución, se considera colonizada por bacterias.

Clasificación según profundidad.

Excoriación: Herida que abarca epidermis y dermis, afectando solamente el estrato de la piel.

Superficial: Heridas que pueden abarcar desde la epidermis hasta la hipodermis, pudiendo incluso lesionar la fascia superficial ubicada entre el tejido adiposo y el músculo.

Profunda: Herida que compromete el espesor desde la epidermis hasta el músculo, pudiendo lesionar vasos sanguíneos y/o nervios de mayor calibre.

Penetrante: Herida que abarca desde la epidermis hasta la fascia profunda subserosa que cubre las paredes internas musculoesqueléticas y forma el peritoneo.

Perforante: Herida que abarca desde la epidermis hasta una víscera contenida en una cavidad, ya sea lesionándola superficialmente o perforándola como tal.

Perforante: Herida que abarca desde la epidermis hasta una víscera contenida en una cavidad, ya sea lesionándola superficialmente o perforándola como tal.