

Nombre del alumno:

Polet Berenice Recinos Gordillo

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo.

Licenciatura:

Enfermería "4"to cuatrimestre.

Materia:

Enfermería Clínica.

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo:

MAPA CONCEPTUAL PARCIAL 3.

"Ciencia y Conocimiento"

UPPS

ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras 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

Presión: Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa.

Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.

Epidemiología: La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación.

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

Otros datos

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

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 y/o información específica. Sobrecarga de trabajo. Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.

Factores de riesgo

Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.

- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares.
- Déficit nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.

- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.

- Déficit sensoriales: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

Valoración clínica: las causas de fondo sean tratadas eficazmente. 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.

UPPS

CLASIFICACION

Prevención

Cuidados de la piel

El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión. Se debe realizar:

Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos. Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y resequedad de la piel.

Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel (baja humedad < 40% y exposición al frío).

Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
Evitar el masaje sobre las prominencias óseas.
Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barre-ras para la humedad.
Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.
Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.

Tratamiento de las úlceras por presión

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. La úlcera es una situación de alto gasto energético y proteico, requiere además buena hidratación y aportes más elevados de determinados nutrientes como: Zn, Cu, Fe, arginina, vitaminas A, C y complejo B, etc.

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

a) Desbridamiento

El tejido necrótico en las úlceras favorece la infección e impide la curación, por lo que retirarlo es primordial. Hay distintos métodos no excluyentes entre sí, que se pueden usar concomitantemente.

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

CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS.

DATOS

La piel representa por su peso el órgano más grande en el cuerpo humano (1), ya que constituye el 15 a 20% de la masa corporal total. Este órgano cumple con 6 funciones principales, dentro de las cuales encontramos.

- ✓ Homeostasis.
- ✓ Endocrinológica.
- ✓ Excretora.
- ✓ Sensitiva.
- ✓ Inmunitaria.
- ✓ Barrera mecánica, de permeabilidad y ultravioleta.

SE DIVIDE EN.

Dermis
Epidermis
endodermis

Estratos

▪ Estrato basal: Capa de 1 célula de espesor, contiene células madre con actividad mitótica que se apoyan en la lámina basal. Estas células contienen poco citoplasma y se unen entre sí y a los queratinocitos mediante desmosomas, mientras que a la lámina basal vía hemidesmosomas que anclan los filamentos intermedios a la lámina basal, así como también hay adhesiones focales que la anclan a los filamentos de actina.

Estrato granuloso: Espesor de 1 a 3 células. Los queratinocitos contienen abundantes gránulos de queratohialina con proteínas precursoras de filigrana que aglomera los filamentos de queratina de las células cronificadas. Este estrato contiene también terminaciones nerviosas libres que tienen modalidades sensoriales múltiples (tacto fino, calor, frío y dolor).

▪ Estrato lúcido: Limitado a la piel gruesa (ej. piel de palmas y plantas), es una subdivisión del estrato córneo. En estas células los organelos desaparecen a medida que la célula se llena de queratina.

Estrato córneo: Espesor variable. Consiste en células queratinizadas escamosas anucleadas y planas repletas de filamentos de queratina.

Clasificación

Fascia Profunda: Capa de tejido conectivo denso y organizado profunda a la hipodermis que cubre la mayor parte del cuerpo

Fascia de revestimiento: Extensiones que recubren estructuras profundas tales como músculos y paquetes neurovasculares. Está desprovista de tejido adiposo.

Fascia subserosa: En superficies internas de paredes musculoesqueléticas y en membranas serosas que tapizan cavidades corporales. Puede tener cantidades variables de tejido adiposo. Hay 2 tipos: Fascia endotorácica y extraperitoneal (fascia endoabdominal + fascia endopélvica).

Según naturaleza causal de la lesión:

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

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

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

Mordeduras: Causadas por humanos o animales.

Quemaduras y ulceraciones.

Heridas

Clasificación según contaminación:

En toda cirugía se producen herida(s) quirúrgica(s). En el post operatorio existe un riesgo de infección de 0 a 20% dependiendo de factores propios de cada cirugía, así como de factores de cada paciente.

En los pacientes que desarrollan una infección de herida quirúrgica pueden tener necesidad de curaciones, antibióticos, lo cual implica un posible alargamiento de la estadía postoperatoria o tratamientos crónicos.

Además, en casos especiales estas heridas pueden significar una descompensación generalizada del paciente.

Por lo anterior, es importante determinar el riesgo de infección de cada herida, por esto se ha propuesto clasificar este tipo de heridas según su grado de contaminación.

Clasificación según profundidad

Excoriación: Herida que abarca epidermis y dermis, afectando solamente el estrato de la piel. Generalmente cicatrizan de forma completa e íntegra, sin dejar cicatriz

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

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.

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

Empalamiento:

Herida generada por un objeto inciso-punzante de forma tal que queda atrapado en el organismo. Dependiendo de su ubicación pueden o no atravesar cavidades. Son más frecuentes en pelvis, tronco y paladar. En la mayoría de los casos el objeto causal es retirado del área anatómica involucrada sin complicaciones