



**Nombre de alumno:** Angel Omar  
Gómez Galera

**Nombre del profesor:** Lic. Nancy  
Domínguez Torres

**Nombre del trabajo:** Ensayo

**Materia:** Enfermería clínica

**Grado:** Cuarto

**Grupo:** A

pichucalco, Chiapas a 25 de septiembre de 2020.

## **Introducción:**

La prevención de úlceras por presión es un tema en el que la enfermera tiene gran responsabilidad dentro de su rol autónomo. Se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad de los cuidados enfermeros.

Además, la valoración y la actuación sobre el diagnóstico enfermero "Riesgo de alteración de la integridad de la piel" repercuten en la comodidad del paciente, la prevención del dolor y de complicaciones como la infección y posible sepsis, el aumento de la estancia hospitalaria, la prevención de nuevos ingresos y el gasto sanitario.

La úlcera por presión (UPP) se dice que es una lesión de origen isquémico, que se localiza en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea que es producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

Su principal causa de la formación de una úlcera por presión, es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él representado por la cama, silla, calzado u otros objetos.

Los mecanismos que provocan la aparición de estas lesiones basados en la alteración del riego sanguíneo de la zona por una causa externa, la presión, la humedad o la fricción.

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33mm Hg, lo que significa que presiones por encima de 16mm Hg producen un colapso de la red capilar.

La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo.

Éste es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 minutos, restableciéndose la perfusión de los tejidos.

Si no desaparece la presión se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.

La fricción es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres en el paciente encamado o sentado en el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente.

La humedad, es incontinencia que es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de úlceras por presión el paciente que presenta incontinencia fecal tiene un riesgo 22 veces de presentar una úlcera respecto al paciente que no presenta incontinencia fecal.

La clasificación de las úlceras por presión se da según el tejido cutáneo que comprometa, esto quiere decir que se clasifica de acuerdo a la profundidad de afectación de los tejidos de la piel.

Cuando la zona de riesgo no es liberada de la presión en un período de aproximadamente 2 horas, esta zona se convertirá en una úlcera por presión grado I, la cual clínicamente se presenta como un eritema que no blanquea a la presión también se puede observar como una mancha morada o violácea persistente.

La úlcera por presión grado II se caracteriza por comprometer tanto la epidermis como la dermis (las dos primeras capas de la piel) al observarla se puede ver el tejido rojizo con pérdida de la integridad de la piel lo cual puede presentarse como ampollas o como una laceración superficial.

La úlcera por presión grado III compromete además de la dermis y la epidermis el tejido celular subcutáneo (tejido graso) se caracteriza porque drena un líquido seroso o purulento cuando está infectada.

Las úlceras por presión grado IV son lesiones tan profundas que comprometen tejidos como músculo, hueso, tejido cartilaginoso, vísceras, y demás estructuras que sean sometidas a presión es frecuente observar tejido necrótico.

Cuidados de enfermería: actividad y reposo.

Realizar cambios de posición alternando las áreas más expuestas a la presión (se recomienda cada 2 horas).

Establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma frecuente durante el baño, en cada cambio de posición, cambio de ropa de cama, en la eliminación.

Evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas.

Aseo general baño cada 24 horas y parcial cuando se precise.

Mantener el alineamiento corporal, distribución del peso y el equilibrio.

No sobrepasar los 30° en posición fowler con un tiempo mínimo posible muy útil para la ingesta de alimentos, luego reacomodar.

Optima utilización de dispositivos mecánicos.

## **Conclusión:**

Enfermería tiene un papel decisivo en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión es fundamental fomentar el autocuidado para conseguir una mejoría en la calidad de vida del paciente así como la realización de una buena valoración para elegir el tratamiento más adecuado y conseguir la resolución de la misma en el menor tiempo posible, reduciendo costes directos e indirectos, tanto humanos como materiales.

## **Bibliografía:**

<http://aps.issv.gob.sv/profesional/publicaciones/Cuidados%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20%C3%BAlceras%20por%20presi%C3%B3n>

<https://www.tena.com.co/articulos/cuidadores/clasificacion-ulceras-presion/>

<https://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etiotopatogenia.html>

Antología clínica de enfermería