

Nombre de alumno: Fátima
Montserrat Cruz Hernández

Nombre del profesor: Lic. Nancy
Domínguez Torres

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Enfermería clínica

Grado: Cuarto

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: A

ULCERAS POR PRESION

INTRODUCCION

Se conoce como úlceras por presión a las áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo, es más probable encontrar este tipo de lesión en donde los huesos están más cerca de la piel. Para hablar de las "úlceras por presión" se utiliza la abreviatura UPP. Ellas ejercen un gran impacto y son consideradas no solo un problema de salud sino también social y económico ya que de no ser prevenidas o tratadas genera un deterioro en el paciente. Por ello como encargados de preservar la estabilidad y comodidad del paciente es importante tener en cuenta este aspecto a la hora del cuidado de una persona, sobre todo en aquellas que tienen que permanecer por tiempo prolongado en una misma posición, su reconocimiento y tratamiento oportuno es importante pero lo es aún más su prevención. Por ello a continuación se expresará el tema de manera más explícita.

CONTENIDO

Es precisamente al área de enfermería a quien corresponde principalmente evitar las formaciones de UPP pero, ¿Qué es una úlcera por presión? *Según estudios de prevalencia de UPP la define como la lesión de la piel y tejidos subyacentes producida por una pérdida de sustancia debido a un proceso isquémico originado tras el aplastamiento de los tejidos entre dos planos de resistencia.* Esto nos indica que un factor de riesgo muy importante y destacable que favorece a la aparición de las UPP son la presión, pues según datos la presión y el tiempo necesarios para producir una isquemia varían de un paciente a otro pero se considera que una presión superior a 15 y 20 mm/Hg puede provocar una lesión por presión. Se estima también que el riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas, no puede cambiar de posición, si tiene deficiencias nutricionales, trastornos inmunológicos, deficiencias sensoriales, si hay arrugas en ropa de cama, entre otros...

Pero no solo estos son los factores de riesgos pues además de la presión directa, la fricción es otro de ellos. En este factor de riesgo el hecho de los roces paralelamente pueden ocasionar la aparición de las UPP, la fricción: se define como la fuerza pensil que actúa semejante a la piel produciendo rozaduras por los movimientos o arrastres.

También podemos encontrar el cizallamiento: En él se combinan los efectos de presión y fricción por ejemplo la fuerza externa de pinzamiento vascular o posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo que puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona ocasionando las úlceras por presión. También la humedad es un factor a tener en cuenta puesto que un control ineficaz de la humedad provocara la aparición de problemas cutáneos como la incontinencia mixta fecal y urinaria, sudoración profusa, mal secado de la piel después de los cuidados del baño o higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema así provocando disminución de resistencia, se vuelve más vulnerable la piel a la erosión y ulceración.

Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves e incluso algunas pueden poner la vida en peligro. Por ello es importante la revisión constante del paciente y de ser posible es mejor evitarlas.

Las UPP se pueden encontrar en diferentes partes del cuerpo del paciente y es dependiendo de la posición adoptada que será la zona de riesgo es decir; un paciente que se encuentra en la posición decúbito supino necesitara atención para prevenir las UPP principalmente en codos, talones y sacro. Si se encuentra en decúbito lateral se necesita poner atención en orejas, costillas, trocánter, en decúbito prono; pies, dedos, rodillas, genitales masculinos, mamas y mejillas. Esto solo es mencionando unos ejemplos, dependiendo la posición en que se encuentre la persona a nuestro cuidado.

Las úlceras por presión se clasifican por varios grados

La úlcera por presión grado 1 es donde la piel se encuentra íntegra pero aparece alteración que se observa como eritema es decir algún enrojecimiento que al presionar no palidece.

Grado 2: Se observa una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión es decir un tipo de ampolla.

Grado III: En esta etapa ya hay una pérdida de la piel y la lesión se observa oscura (necrosis) pues ya hay muerte de las células de la piel y el tejido subcutáneo (grasa) y puede extenderse hacia abajo.

En el Grado IV: Existe una pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, capsula articular).

Cuando se está al cuidado de un paciente es importante identificar los grupos de riesgos para poder hacer los planes de cuidado como profesionales de la salud. Existen numerosas escalas para la clasificación, e identificación la mas común es la de **NORTON (1962)** que incluye 5 aspectos o bien la escala de **BRADEN (1987)** esta cuenta con 6 aspectos. Con ayuda de estas escalas podremos definir nuestra actuación en bienestar del paciente iniciando por reducir la presión, implementar cuidados en la piel y proporcionar nutrición adecuada.

CONCLUSION

Las úlceras por presión más que una enfermedad que tratar considero que es una consecuencia futura. Y estoy muy de acuerdo con una imagen que refiere; ¡tratar una úlcera por presión es mucho más difícil que prevenirla! ¡La prevención es la máxima prioridad! Sin embargo cuando ya están presentes es necesario no subestimar el grado de la úlcera ya que no siempre será solo como las visualicemos sino que el daño puede estar en mayor profundidad, y muy importante en la labor es estar pendiente y detectar cualquier anomalía a tiempo para hacer más rápido su mejoramiento, siempre pensando en el estado de salud del paciente.

Bibliografía:

- <http://aps.iss.gov.sv/profesional/publicaciones/Cuidados%20de%20enfermer%C3%A9n%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20%C3%BAlceras%20por%20presi%C3%B3n>
- Antología UDS